

TARTU ÜLIKOOL

ÕIGUSTEADUSKOND

Kriminaalõiguse, kriminoloogia ja kognitiivse psühholoogia õppetool

Egert Everaus

Arsti karistusõiguslik ja tsiviilõiguslik vastutus Eestis – kas on vaja muutusi?

MAGISTRITÖÖ

Juhendaja: dr.iur. Ants Nõmper,

Kaasjuhendaja: prof. Jaan Sootak

Tartu

2015

Sisukord

Sissejuhatus.....	4
1. Arsti vastutus Eestis	9
2. Arsti karistusõiguslik vastutus	11
2.1. Surma põhjustamine ettevaatamatusest.....	12
2.2. Raske tervisekahjustuse tekitamine ettevaatamatusest	13
2.3. Abita jätmine.....	19
2.4. Omavoliline ravi	22
2.5. Ravimitega seotud kuriteod	23
2.6. Nakkushaigustega seotud süüteod	24
2.7. Tervishoiuteenuse osutamine ilma tegevusloata	25
2.8. Teadusuuringud.....	26
2.9. Siirdamine.....	27
2.10. Inimloote õiguskaitse	29
2.11. Isikuandmete kaitse kui põhivabaduse kaitse.....	30
2.12. Karistusõigusliku vastutuse roll arsti vastutuses.....	31
3. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik vastutus.	35
3.1. Tervishoiuteenus ja tervishoiuteenuse osutaja	37
3.2. Tervishoiuteenuse osutamise lepingu pooled ja lepingu sõlmimine	38
3.3. Tervishoiuteenuse osutamise lepingu poolte kohustused	39
3.3.1. Tervishoiuteenuse ohutus.....	39
3.3.2. Teavitamiskohustuse ja teavitatud nõusoleku saamise kohustus	41
3.3.3. Saladuse hoidmise kohustus	42
3.3.4. Dokumenteerimiskohustus	43
3.4. Tervishoiuteenuse osutaja lepinguline vastutus.....	44
3.4.1. Raviviga	45
3.5. Deliktiline vastutus.....	46
3.5.1. Põhjuslik seos	47
3.6. Näited kohtupraktikast.....	48
3.7. Tsiviilõigusliku vastutuse roll arsti vastutuses.....	54
4. Arstide vastutus – rahvusvahelised näited	57
4.1. Lepinguline ja mittelepinguline vastutus teistes riikides	58
4.2. Tegevuse standardi määratlemine.....	59

4.3. Tõendamiskohustus erinevates riikides	60
4.4. Kompensatsioonisüsteemid	61
4.5. Arsti vastutus Suurbritannias	63
4.6. Meditsiiniline vastutus Ida-Euroopa riikides	64
Kokkuvõte.....	69
Summary	73
Kasutatud kirjandus.....	78
Kasutatud normatiivaktid.....	81
Kasutatud kohtupraktika.....	81
Kasutatud muu materjal.....	82

Sissejuhatus

Kõikides läänemaades on üldteada fakt, et haiglates ja teistes tervishoiuasutustes saadakse meditsiiniteenuse osutamisel mittesoovitavaid tulemusi ja harvad pole meditsiinivead.¹

Mittesoovitav tulemus hõlmab iga kahju, mis on tekkinud haigele tervishoiuasutuses. Kui kahjustus on tekkinud meditsiinilisest veast, räägitakse ärahoitavast ja ennetatavast kahjustusest. Meditsiiniline viga on määratletud kui kaasaegsest standardist oluliselt erinev käitumine. Samas mõistetakse meditsiinivigade all kõiki tervishoiuabi osutajate vigu, mitte ainult arstide tehtuid. Kuna aga kaebuseid kahju kohta esitatakse enamasti haiglate või arstide vastu ja väga harva teiste tervishoiuprofessionaalide vastu, siis enamasti mõistetakse meditsiiniliste vigade all arstide tehtud vigu.

Viimased Euroopa Liidu (EL) andmed meditsiinivigade kohta pärinevad 2006. aastast: 80% küsitletud EL kodanikest pidasid vigasid meditsiinis olulisteks ja 50% küsitletutest arvasid, et nad võivad ise saada meditsiinivigade n-ö „ohvriteks“.²

USA andmed näitavad, et meditsiiniuasutustes tekitatud kahjustusi esineb ligi 3%-l kõikidest hospitaliseerimistest.³ Umbes 10% meditsiinilistest kahjustustest viivad isegi haige surmani. Väidetakse, et pooled kahjustustest on meditsiinivigade tulemus ja seega välditavad.

1999. a USA andmetel suri aastas meditsiinivigade tõttu rohkem inimesi kui sõidukiavariides või rinnavähki. Eeltoodu näitab, et meditsiinivead on tervishoius tõsine probleem, mitte ainult konkreetsele isikule põhjustatu (surm, kannatused) tõttu, vaid ka finantsilise koormuse tõttu, mis ühiskonnale kaasneb.⁴

Maailma Tervishoiuorganisatsioon võttis 2002. a vastu resolutsiooni, mille kohaselt patsientide ohutuse parandamine peab olema tervishoiusüsteemide funktsioneerimise

¹ S.D. Ferrara; Viel, G. Boscolo Berto, R. Present and future perspective for medical malpractice responsibility and liability. Ferrara, S.D. Ced Malpractice and Medical Liability. Springer Berlin Heidelberg, 2013, lk 3–10

² Eurobarometer special (2006) 241/64.1 and 64.3 TNS: opinion and social. European commission medical errors

³ L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson. To err is human building a safer health system. Washington National Academy Press;1999

⁴ USA-s oli see 17–29 mlrd dollarit aastas. L.T. Kohn

alusprintsip.⁵ Samuti märgib 2006. a Euroopa Nõukogu poolt vastu võetud soovitus, et patsiendi ohutus on tervishoiu kvaliteedi parandamise alus.⁶ Märgitakse, et ühiskond peab otsima võimalusi meditsiinis tekkivate kahjustuste vähendamiseks. Tuleb uurida kõiki kahjustuste ennetamise võimalusi ja neid ka praktikas rakendada. Üldine seisukoht on, et on vaja fundamentaalset muutust meditsiinkultuuris. Varasem nn professionalismismi kultuur (baseerub eeldusel, et hea arst ei tee vigu) peab asenduma ohutuse kultuuriga. Katharine Wallis selgitab, et ohutuse kultuuri arendamine nõuab tervishoiutöötajate suhtumise ja käitumise muutmist hirmust ja kaitsepositsioonilt avatuse ja õppimis- ning muutumisvalmisoleku suunas.⁷

Oluline küsimus on: Kas ja kuidas õigus saab toetada/panustada haigete ohutusse? Õigus on ühiskonna primaarne vahend selle eesmärkide järgimisel ning personaalse ja professionaalse käitumise mõjutamisel. Euroopa Nõukogu soovitus nr 7 aastast 2006, mis puudutab patsientide ohutust ja kahjustuste vältimist tervishoius, rõhutab, et seadusandlus on üks olulisemaid tervishoidu reguleerivaid mehhanisme.⁸ Teiste sõnadega – seadused võivad olla olulised professionaalse kultuuri muutmiseks.

Tervishoiuprofessionaalid väljendavad sageli seisukohta, et õigusnormid on liiga koormavad ja peaksid seepärast olema asendatud professionaalsete juhenditega või teiste eneseregulatsiooni meetmetega. Teadaolevalt on praeguseks lai meditsiinitegevuste ala, mis varem oli reguleeritud professionaalsete ja eetiliste reeglitega, reguleeritud õigusnormidega. Selline evolutsioon on olnud ajendatud indiviidi õiguste esiplaanile kerkimisest ja teiselt poolt ka laialt levinud arvamusest, et professionaalne eneseregulatsioon on ühepoolne ja sisaldab professionaalseid privileege, mida on raske sobitada patsiendi õigustega. Kui ühiskond otsustab panustada patsientide ohutuse parandamisse, tuleb vastu võtta seadused, mis on kooskõlas üldise eesmärgiga, arvestades osapoolte seaduslikke õigusi.

⁵ WHO Quality of care: patient safety. Report by Secretariat.55 World Health Assembly A55/13, Provisional agenda item 13.9; 23 March 2002. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf

⁶ Council of Europe Recommendation Rec (2006) 7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting the Minister's Deputies. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>

⁷ K. Wallis. Developing a culture of safety: regulation or education? PhD dissertation. University of Otago, Dunedin, 2013

⁸ Council of Europe Recommendation Rec (2006) 7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting the Minister's Deputies. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>

Seadused ei ole ilmingimata koormavad ja sundivad. Nad on pigem tervishoiuprofessionaale toetavad nende eesmärkide saavutamisel kõige efektiivsemal ja vähemkahjustavamal moel. Muidugi võib seadus olla ka sundiv – näiteks seaduse järgi peab tervishoiuprofessionaal teatama terviseabi osutamisel tekkinud kahjustustest. Seadused võivad toetada ka spetsiifilise professionaalse käitumise arengut, või aidata ära hoida / takistada ebasoovitavaks peetavat ametialast käitumist.

Seadusi on sageli kritiseeritud, kuna nad ei kindlusta eesmärgi saavutamist, näiteks ei õnnestu seadustega personaalset käitumist mõjutada. Samas, silmas pidades professionaalse kultuuri muutumist, on ebareaalne loota, et uus seadus annab kohese tulemuse. Seadused võivad soodustada ühiskonnas professionaalse kultuuri muutusi tänu nende sümboolsele väärtusele.

Võib siiski oodata, et pikas perspektiivis viivad seadused ka meditsiinitavade arenemiseni. Legaalse doktriini üheks heaks näiteks on seitsmekümnendatest aastatest pärinev informeeritud nõusolek, mis on oluliselt muutnud patsiendi-arsti suhteid järgnevate aastakümnete vältel.

Uue seaduse tegemisel ei piisa üksnes eesmärgi seadmisest. Seadusandja peab selgelt väljendama keskseid väärtuseid, millele seadus on üles ehitatud. Patsiendi ohutuse aspektist peab seadus osutama sellistele väärtustele nagu läbipaistvus, tõde, usaldus ja õiglus. Vaid nii saavutatakse laialdane sotsiaalne ja professionaalne aktsept, mis omakorda on eeldus seaduse efektiivseks rakendamiseks. Kuna seadused soovivad, propageerivad, hoiavad ära või takistavad teatud spetsiifilist inimkäitumist, peavad nad baseeruma vähemalt mõningasel empiirilisel tõendusel, et nad tõesti tööle hakkavad.

Vaatamata kiirele arengule muudes valdkondades on Euroopa Liit jäänud suhteliselt inertseks probleemide lahendamiseks nii seadusandlike kui ka täideviivate süsteemide soovitamisel liikmesriikidele.⁹ 1997. aastast, kui võeti vastu Oviedo konventsioon (Convention on the dignity of human beings and biomedicine), on fikseeritud selle artiklis 4 põhimõte, et patsiendi põhiõigus on saada kompensatsiooni, kui ta saab kannatada meditsiinilise tegevuse tõttu. Artikkel 24 märgib, et iga tegevus tervishoiusektoris peab olema kooskõlas normide ja professionaalsete kohustustega. Ometi pole 1997. aastast püütud harmoniseerida regulatsioone, mis puudutavad meditsiini professiooni vastutust Euroopas.

⁹ S.D. Ferrara; G. Viel, R. Boscolo-Berto. Present and future perspective for medical malpractice responsibility and liability. S.D. Ferrara. Ced Malpractice and Medical Liability. Springer Berlin Heidelberg, 2013, lk 3–10

Rõhutatakse vajadust tugevdada tervishoiuprofessionaalide ja patsientide vahelist usaldust. Euroopa tasemel puuduvad aga nn teavitamissüsteemid, mis annaks informatsiooni meditsiinivigade kohta erinevates riikides. Riikides eksisteerivad erinevad juriidilised mudelid. Näiteks Belgias, Saksamaal, Suurbritannias, Hispaanias ja Hollandis võib kodanik alustada kas kriminaal- või tsiviilmenetlust ja nende kahe tee vahel on vähe erinevusi kompensatsiooni saamisel. Teistes Euroopa riikides erinevad kriminaal-, tsiviil- ja administratiivsed süsteemid üksteisest oluliselt nii tingimustes, mida kasutatakse meditsiinilise vastutuse tuvastamisel tõendamisprotsessis, kui ka kausaalsuse tõendamisel meditsiinilise vea ja tekkinud kahjustuse vahel.

Meditsiinitegevusi, mille oluline ülesanne on inimese tervise toetamine ja parandamine, on alati peetud ülimuslikuks, mõnes mõttes isegi pühaks ja on sageli kaitstud n-ö loomuliku immuunsusega. Seega on meditsiin alati olnud kaitstud tema kohta hinnangute andmise eest nii patsientide kui ka kogu ühiskonna poolt. Seega pole juhus, et meditsiiniline vastutus on kaasaja käsitus ja see on minevikus suures osas puudunud. Arvestades meditsiini (arsti) vastutuse kasvavat tähtsust ühiskonnas, on oluline mõista selle tähendust.

Eesti kuulub Euroopa Liitu. Arstide professionaalne tegevus peab seega vastama mitte ainult kohalikele standarditele, vaid ka rahvusvaheliselt tunnustatutele. Samavõrra on oluline, kuidas on lahendatud arstide vastutuse küsimused.

Käesoleva töö autor püstitab hüpoteesi, mille kohaselt arsti vastutus Eestis vajab muutusi.

Hüpoteesist lähtudes seadis käesoleva töö autor järgmised eesmärgid:

1. Uurida komplekselt arstide vastutuse regulatsioone Eestis :
 - Käsitleda arstide karistusõiguslikku vastutust.
 - Käsitleda arstide tsiviilõiguslikku vastutust .
2. Analüüsida arstide vastutuse regulatsioone teistes riikides.

Käesoleva töö kirjutamisel on kasutatud võrdlevat ja analüütilist meetodit. Analüüsitakse Eestis kehtivat arsti karistusõiguslikku ja tsiviilõiguslikku vastutust, võrreldakse teistes riikides kasutusel olevate meditsiinivastutuse süsteemidega.

Käesoleva töö allikmaterjalid on järgnevad: A. Nõmperi ja J. Sootaki raamat meditsiiniõigusest, VÕS ja selle kommentaarid, KarS ja teised õigusaktid, T. Tampuu lepinguväliste võlasuhete õpik, A. Nõmperi meditsiiniõiguse-alased artiklid, Riigikohtu 2012. a aprillis ilmunud kohtupraktika analüüsid. Töös on kasutatud Riigikohtu ning maa- ja

ringkonnakohtu lahendeid. Võõrkeelsed allikad: S.D. (ed) Ferrara. Malpractice and Medical Liability. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2013 ja mitmed muud rahvusvahelistes väljaannetes ilmunud publikatsioonid.

Töö struktuur lähtub autori seatud eesmärkidest. Esimeses peatükis vaadeldakse arstide vastutust üldiselt, teises peatükis käsitletakse arstide karistusõigusliku vastutuse aspekte, kolmandas peatükis tuuakse välja arstide tsiviilõiguslik vastutus Eestis. Neljandas peatükis tuuakse näiteid arstide vastutuse regulatsioonidest erinevates Euroopa maades. Järgneb töö kokkuvõte.

1. Arsti vastutus Eestis

Meditsiiniline väärtgevus tähistab tervishoiuteenuse osutamise käigus haigele põhjustatud kahjustust või ebasoodsat tulemust. Patsiendid kannatavad nii füüsiliselt, psühholoogiliselt, sageli ka majanduslikult. Kannatanu võib oma kannatuste eest nõuda kompensatsiooni.

Oluline küsimus: *kas arsti vastutus on üldse vajalik?*

Selles osas on A. Nõmper toonud välja väga olulise: „Kapitalistlik ühiskonnakorraldus eeldab vastutuse selget reguleerimist. Iga turu suhtes osaleja peab teadma oma õigusi ja kohustusi ning riske ja vastutust. Meditsiin ei ole patsiendile tasuta. Tasu maksja ei lepi negatiivse tagajärje saabudes lihtsalt saatusega, vaid tahab leida vastutaja. Patsient ei vaata arstile alt üles, vaid tahab olla arstiga võrdne partner. Taasiseseisvunud Eesti võttis suuna modernse õigussüsteemi ülesehitamisele. Selle süsteemi üheks tunnuseks on põhimõte, et igaüks vastutab oma tegude tagajärgede eest. Vastutusest vabastab erinevate õigushüvede kaalumine (näiteks on hädakaitseseisundis lubatud isegi teise inimese tapmine), mitte aga ametiseisund (näiteks arstiks olemine).”¹⁰

Seadusandja on pidanud vajalikuks sätestada arsti vastutus. On aga vastuhäali, et arsti õigusliku vastutuse sätestamine on kahetsusväärne eksitus. Peamiseks argumendiks arsti õigusliku vastutuse vastu peetakse Eestis ühelt poolt seda, et Eesti meditsiinis pole piisavalt raha ja teiselt poolt kardetakse, et arsti vastutus avab tee nn ennakkaitsele meditsiinile. Mõlemad väited on kaalukad, kuid ei õigusta siiski arsti vastutuse reguleerimata jätmist.

A. Nõmperi väitel tuleb arsti vastutuse õige regulatsiooni leidmisel arvestada eelkõige järgmiste asjaoludega.

1. Arsti tegevus on seotud riskiga.
2. Arsti ja patsiendi vahel peab olema usaldussuhe.
3. Patsient on arstist täielikult sõltuvuses ning arstide vahel valiku tegemise võimalus on tegelikult sümboolne.

¹⁰ A. Nõmper. Arsti vastutus I, Eesti Arst 2002, 81 (1), lk 43–48

4. Meditsiin on kallis ja arst ei saa teha kõike, mida ta patsiendi tervise huvides teha tahaks või vajalikuks peaks.
5. Ravi on kunst. Tihti ei ole ühes olukorras ühte ainuõiget lahendust.

Tegelikult on vastutus olemas – Eesti Vabariigi põhiseadus sätestab, et igaühel on õigus temale õigusvastaselt tekitatud kahju hüvitamisele. Põhiseaduses ei ole öeldud, et arst ei pea vastutama.

Meditsiini kvaliteet ja meditsiinivigade küsimused on Eestis reguleeritud järgnevate aktidega:

Eesti Vabariigi põhiseadusest tulenev tähtsaim inimõigus on õigus elule. Eesti Vabariigi põhiseaduse § 28 alusel on igaühel õigus tervise kaitsele. Põhiseadusest tulenevalt on patsientidel õigus sotsiaalkindlustusele, kehalisele puutumatusele, eraelu puutumatusele, mitte alluda meditsiini-ja teaduskatsetele, õigus pöörduda kohtusse. Seega ei saa patsiendi õigusi ja vabadusi piirata nii, et tekiks vastuolu põhiseadusega.¹¹

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 6 lg 1 ja lg 2 järgi on haigel õigus kiirabile.¹²

Karistusseadustik sätestab arstide karistusõigusliku vastutuse.¹³

Võlaõigusseaduse alusel on kujundatud arstide tsiviilvastutus.¹⁴

Eesti on ainuke Balti riikidest, kus seni puudub patsiendiõiguse seadus.

Siseriiklike õigusaktide kõrval kaitsevad patsiendi õigusi ka rahvusvahelise õiguse normid. Euroopa Nõukogu inimõiguste ja põhivabaduste konventsiooni kohaselt kaitstakse igaühe õigust elule seadusega (artikkel 2) ja kedagi ei või piinata ega ebainimlikult või alandavalt kohelda ega karistata (artikkel 3).¹⁵ Euroopa Nõukogu parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta on teine oluline rahvusvaheline õigusakt.¹⁶

¹¹ Eesti Vabariigi põhiseadus.-RT 1992,26,349...RT I ,27.04.2011,2 §28 lg 2 p 3,§ 20, §26,§18, § 15, §11

¹² Tervishoiuteenuse korraldamise seadus.-RT I 2001,50,284...RT I 26.02.2015, 15

¹³ Karistusseadustik. – RT I 2001, 61, 364 ... RT I, 12.03.2015, 21

¹⁴ Võlaõigusseadus.-RT I 2001,81,487...RT I, 11.04.2014, 13

¹⁵ Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. –RT II 2000 ,11 ,57

¹⁶ Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta. –RT II 2000 ,15 ,93

Euroopa Liidu Põhiõiguste Harta artikli 35 kohaselt tagatakse igauhele siseriiklike õigusaktide ja tavaga ettenähtud tingimustel õigus ennetavale tervishoiule ja ravile.¹⁷

Põhiseaduse ja Euroopa Liidu õigusaktid loovad seega lähtealuse patsientide õiguste tagamiseks.

Arstide õiguslik vastutus Eestis on põhiliselt kahetine: karistusõiguslik ja tsiviilõiguslik.

Karistusõigusliku vastutuse eesmärk on tegu heastada teo eest karistuse määramisega.¹⁸

Karistusõigus reageerib õigushüve kahjustamisele tagantjärele ja teeb seda põhjusel, et teiste õigusharude regulatiivne toime on ebapiisav. Tsiviilõigusliku vastutuse ülesanne on heastada tegu esialgse olukorra taastamisega või rahalise hüvitamisega. Sama tegu võib tuua nii karistusõigusliku kui ka tsiviilõigusliku vastutuse. Karistusõiguses eristatakse kuritegu (nt. tapmine) ja väärtegu (nt. kiiruseületamine).¹⁹ Tsiviilõiguses eristatakse lepingu rikkumist (nt. raviviga) ja lepinguga mittekaitstud õigushüvede rikkumist (nt. tervisekahjustuse tekitamine).

2. Arsti karistusõiguslik vastutus

Karistusõiguslik vastutus seisneb kohustuses taluda karistust, mis on määratud karistusseadustikus kirjeldatud teo (kuritegu) või muudes seadustes kirjeldatud teo (väärtegu) eest.²⁰

Karistamiseks on vaja järgmiste asjaolude olemasolu:

Tegu on koosseisupärane

1. objektiivsed tunnused – teol on karistusnormis olevad objektiivsed tunnused (on tekitatud kahju tervisele);

¹⁷ Euroopa Liidu põhiõiguste harta.-Arvutivõrgus. Kättesaadav : <http://eur-lex.europa.eu/et/treaties/dat/32007X1214/hm/C2007303ET.01000101.htm> (05.02.2015)

¹⁸ A. Nõmper, J. Sootak. Vastutuse võimalikud liigid ja aktuaalsus. Meditsiiniõigus, 2007, lk 117

¹⁹ A. Nõmper, J. Sootak. Vastutuse võimalikud liigid ja aktuaalsus. Meditsiiniõigus, 2007, lk 117

²⁰ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 119

2. subjektiivsed tunnused – teo toimepanija on tegutsenud tahtlikult (s.t peab võimalikuks, et tema käitumine on karistatav ja möönab seda). Eeldatakse, et koosseisupärane tegu on õigusvastane. Eeldust saab ümber lükata õigusvastasust välistavate asjaoludega, näiteks hädaseisund ja nõusolek, vaid erandina karistatakse teo toimepanemise eest ettevaatamatusest; Tegu on süüline- eeldatakse, et koosseisupärane ja õigusvastane tegu on süüliselt toime pandud.

Seega on karistusõigusliku vastutuse kohandamiseks vaja leida norm, mis teo eest näeb ette karistuse ja meditsiinitöötaja käitumine peab sellele normile vastama.²¹ Karistusõiguses võetakse vastutusele teo toime pannud füüsiline isik. Ainult erandina on ette nähtud juriidilise isiku kriminaalvastutus.

Praktikas tuleb tervishoiuteenuse osutaja karistusõiguslikku vastutust ennekõike ette karistusseadustiku §-des 117 ja 119 sätestatud koosseisude puhul.²²

2.1. Surma põhjustamine ettevaatamatusest

KarS § 117 sätestab surma põhjustamise ettevaatamatusest järgnevalt:

- (1) Teise inimese surma põhjustamise eest ettevaatamatusest – karistatakse kuni kolmeaastase vangistusega.
- (2) Sama teo eest, kui sellega on põhjustatud kahe või enama inimese surm, – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.
- (3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistusega.²³

Toome näitena kaasuse kriminaalasjas nr 1-38/04²⁴, mille kohaselt oli kohtu alla antud kodanik Zikirova süüdistatuna selles, et ta 30.10.2003.a. süstis V.Zeleninale veeni valvearsti poolt määratud metüülgometiini asemel ekslikult 10 milliliitrit 7,5 % kaaliumkloriidi lahust, mille tagajärjel patsiendi süda seiskus (põhjustatuna hüperkaleemiast)- Eelpool kirjeldatud teoga põhjustas kodanik Zikirova patsiendi surma ettevaatamatusest. Karistuseks määrati süüdistatavale kaheaastane vangistus kolmeaastase katseajaga. Tingimisi karistud tulenes

²¹ A. Nõmper, J. Sootak. Karistusõiguslik vastutus. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 119–129

²² M. Lillsaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012

²³ Karistusseadustik. – RT I 2001, 61, 364 ... RT I, 12.03.2015, 21

²⁴ Narva Linnakohtu 30.jaanuari 2004.a.otsus kriminaalasjas nr 1-38/04

sellest, et süüalune tunnistas end täielikult süüdi. Lisaks kriminaalsüüdistusele esitas N.Z.hagi Sihtasutuse Narva Haigla vastu. Tsiviilasjas nr 2-04-1856 nõudis ta enda ja oma surnud tütre alaealiste laste nimel mittevahalise kahju hüvitist summas üks miljon Eesti krooni. Kohus jättis taotluse rahuldamata.²⁵

2.2. Raske tervisekahjustuse tekitamine ettevaatamatusest

KarS § 119 sätestab raske tervisekahjustuse tekitamise ettevaatamatusest:

- (1) Raske tervisekahjustuse tekitamise eest ettevaatamatusest – karistatakse rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistusega.
- (2) Sama teo eest, kui sellega on tekitatud raske tervisekahjustus kahele või enamale inimesele, – karistatakse kuni kolmeaastase vangistusega.
- (3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –karistatakse rahalise karistusega.²⁶

Eelnimetatud koosseisud on ettevaatamatusdeliktid.

Isik on ettevaatamatuse eest karistatav vaid siis, kui tal ei ole süüteokoosseisule vastavate asjaolude suhtes tahtlust (KarS § 16) ja eriosas on ettenähtud vastutus vastava kuriteo toimepanemise eest ettevaatamatusest (KarS § 15, lg 1).²⁷

Ettevaatamatusdelikti struktuur on järgmine:

1. Koosseis

1) Objektiivne koosseis:

- a) tegu (objektiivne hoolsuskohustuse rikkumine ning selle objektiivne ettenähtavus ja välditavus),
- b) tagajärg ja selle omistamine (põhjuslikkus *conditio* - vormeli alusel ja objektiivne omistamine).

2) Subjektiivne koosseis: kergemeelsus ja hooletus.

²⁵ M.Vutt.Lähedase isiku surma põhjustamisega tekitatud mittevahalise kahju hüvitamine.Kohtupraktika analüüs.2012, lk 20

²⁶ Karistusseadustik. – RT I 2001, 61, 364 ... RT I, 12.03.2015, 21

²⁷ M. Lillisaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012, lk 22

2. Õigusvastasus

3. Süü²⁸

Oluline on tuvastada hoolsuskohustuse rikkumine tervishoiutöötaja poolt.²⁹ Hoolsuskohustus võib olla nii üldine kui ka spetsiifilise valdkonna jaoks kehtestatud hoolsuskohustus.

KarS § 117 ja § 119 on igapäevaelikud, hoolsuskohustust rikkuv tegu seisneb üldise hoolsuskohustuse rikkumises.

Riigikohtu kriminaalkolleegiumi praktikas on esinenud vaid üksikuid meditsiiniõiguse kaasuseid.³⁰ Nn Stigma abordi kaasust on varasemalt korduvalt käsitletud.³¹ Riigikohtu kriminaalkolleegium käsitles tervishoiuteenuse osutamise lepingu olemust 29.06.2006. a otsuses kriminaalasjas nr 3-1-1-46-06. Otseselt arsti vastutust on käsitletud otsuses kriminaalasjas 3-1-1-79-10.³² Isikut süüdistati KarS § 13 lg 1 ja § 119 lg 2 järgi selles, et ta ei osutanud õigeaegselt sünnitusabi ja sellest tingituna tekitas raske tervisekahjustuse nii emale kui ka lapsele.

Nimetatud asjas mõistis maakohus lühimenetluses süüdistatava süüdi ja mõistis karistuseks ühe aasta vangistust, mida KrMS § 238 lg 2 alusel vähendati ühe kolmandiku võrra ja lõplikuks karistuseks mõisteti kaheksa kuud vangistust. Karistusseadustiku § 73 alusel vabastati süüdimõistetu karistuse kandmisest tingimisi kolmeaastase katseajaga. Tallinna ringkonnakohus jättis maakohtu otsuses muutmata.

Riigikohus tühistas alama astme kohtu otsuse ja saatis asja uuesti arutamiseks Pärnu maakohtusse. Pärnu maakohus andis 9. detsembril 2010. aastal määruse, millega saatis kriminaalasja tagasi Lääne Ringkonnaprokuratuuri Pärnu osakonnale, leides, et nõuetekohaselt on tuvastamata asjaolu, kas süüdistatav osutas tervishoiuteenust arstiteaduse üldisele tasemele vastavalt. Seega kriminaalasja materjalid ei olnud piisavad kriminaalasja lahendamiseks lühimenetluses.³³ Uut süüdistust ei esitatud.

²⁸ J. Sootak. Karistusõigus. Üldosa. Juura 2010, lk 517

²⁹ M. Lillisaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Kohtupraktika analüüs. Tartu 2012. Riigikohus, õigusteabe osakond. lk 22

³⁰ M. Lillisaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Kohtupraktika analüüs. Tartu 2012, lk 23

³¹ A. Nõmper. Stigma abordi kaasus. Juridica VII/200, lk 435–450

³² Riigikohtu 20. nov 2010. a otsus kriminaalasjas nr 3-1-1-79-10, lk 20–21

³³ M. Lillisaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Kohtupraktika analüüs. Tartu 2012, lk 23

Riigikohtu kriminaalkolleegium leidis, et sageli tuleneb juba ravijuhendi järgimata jätmisest raviviga, ehk arstiteaduse üldisest tasemest madalamal tasemel ravimine, mis omakorda kujutab endast tavaliselt oodatava hoole puudumist VÕS § 762 mõttes ning karistusõiguslikku hoolsusvastasust KarS § 119 tähenduses.

Seega võib kriminaalvastutuseks olla alus, kui arst on patsienti käsitletud (diagnoosinud ja ravinud) arstiteaduse üldisest tasemest madalamal tasemel, on tuvastatav raviviga. Kõige üldisemas tähenduses seisneb raviviga vales või ebatäpses haiguse diagnoosimises ja/või vales ravis. Meditsiinivead on näiteks valediagnoos, vale ravimi manustamine valele haigele, eksimine ravimi doseerimisel, vead operatsioonidel, operatsiooniinstrumendi unustamine patsiendi kehasse, haiguse diagnoosimata jätmine jm.³⁴

Ravivea tuvastamine annab aluse kriminaalvastutuse tekkele, samas on ravivea tõestamine küllaltki komplitseeritud. Kui tsiviilvastutuses piisav ravivea sedastamiseks hooletuse tõendamisest, siis kriminaalvastutuse korral peab tõendama, et raviviga on tekkinud kergemeelsusest.

Hoolsuskohustuse rikkumine ei piirdu ainult ravijuhendist kõrvalekaldumisega, arvesse peaks võtma ka head meditsiinilist tava ja meditsiinieetikat. Hoolsusvastasus ei ole välistatud ka juhul, kui isik rikub hoolsusnõudeid ja loodab, et ehk tuleb keegi teine, olgu see siis mõni teine arst või ämmaemand, olukorraga toime. Ammugi ei saa välistada hoolsusvastasust siis, kui valvearsti on teavitatud probleemse patsiendi saabumisest, kuid vaatamata sellele arst töökohta ei ilmu.³⁵ Riigikohus leidis, et hoolsuskohustust rikkuv on siiski vaid selline käitumine, millega ületatakse lubatud riski piire. Tegu saab lugeda hoolsuspäraseks, kui see jääb meditsiinieetiliselt tolereeritava riski piiridesse. Arstile ei saa ette heita, et ta ei viibi kogu aeg haige juures. Samuti ei saa arstile ette heita, et ta normaalselt kulgeva sünnituse korral ei näe ette ootamatuid tüsistusi. Kuid arsti teos ei saa välistada hoolsusetust näiteks põhjendusega, et ta puudus töölt, või jättes tegemata vajalikud analüüsid, nägi ta üksnes teoreetiliselt võimalikke probleeme. Nii käitudes võib arst luua kõrgendatud ohuvõimaluse, jäädes vajaliku ravitegevusega hiljaks. Ettevaatamatusdelikti korral tuleb arsti teo hoolsusvastasuse üle otsustamisel hinnata, kas tegu ületas lubatud riski piire või mitte.³⁶

³⁴ Arvutivõrgus. Kättesaadav : <http://www.cityoigusabi.ee/et/tervisekahju-v%C3%A4ljan%C3%B5udmise-menetluse-efektiivsus-ja-tervisekahju-v%C3%A4ljan%C3%B5udmise-v%C3%B5imaluste-parandamine.html> , punkt 1.2

³⁵ Riigikohtu 29. novembri 2010 otsus kriminaalasjas nr 3-1-1-79-10, lk 20–21

³⁶ Riigikohtu 29. novembri 2010 otsus kriminaalasjas nr 3-1-1-79-10, lk 22

Seega on kriminaalvastutus võimalik vaid olukordades, kus erialase riski piir on ületatud. Oluline on arvestada, kuivõrd kohusetundlik on arst st., kui suure hoolega ta oma tööd teeb. Kui arst näiteks jätab patsiendil tegemata vajalikud uuringud, põhjusel, et neid polnud vaja teha, kuid selgub, et need olid haiguse diagnoosimiseks ja ravi määramiseks esmatähtsad, on riski piiri ületamine tõendatud ja arsti võib võtta vastutusele surma põhjustamise eest ettevaatamatuses .

Tuvastanud hoolsusvastasuse, tuleb kohtul kontrollida hoolsusetu teo tulemusel saabuva tagajärje objektiivset ettenähtavust. Objektiivne vaatleja peab ära tundma hoolsusvastase teo tagajärjel tekkinud või tekkida võiva ohu. Ettenähtav peab olema ka võimalus, et hoolsusvastase teoga loodud oht võib realiseeruda just sel kujul, mis pärineb ohust. Niimoodi tehakse kindlaks objektiivselt ettenähtav põhjuslikkus objektiivse koosseisu tasandil, samas kui asjaolu, kuidas süüdistatav ise olukorda hindas, tuleb kontrollida alles subjektiivse koosseisu juures. Ettenähtavust ei tohi kitsalt siduda ainult lõpptagajärgega.³⁷

Kui hoolsuskohustuse rikkumine on kindlaks tehtud, tuleb kindlasti põhjustatud tagajärg toimepanijale ka omistada.³⁸

Tervishoiutöötaja vastutus võib tuleneda tegevusega toimepandud ettevaatamatusdeliktist, aga vastutus võib hõlmata ka tegevusetusega toimepandud ettevaatamatusdelikti. Eespool viidatud Riigikohtu otsuses oli tegemist viimati nimetatud olukorraga. Riigikohus leidis, et sellisel juhul tuleb pärast hooletu käitumise ja selle objektiivse ettenähtavuse tuvastamist tuvastada hoolsusetus tegevusetusdelikti tähenduses. Mitteehtsa tegevusdelikti objektiivse koosseisu tunnus on garandikohustusega isik. Tuleb tuvastada süüdistatava garandiseisund, millest tuleneb tema garandikohustus tagajärge vältida (KarS § 13 lg 1). Tegevusdelikti objektiivse koosseisu järgmise tunnuseks peab konstrueerima nõutava tegevuse – tegevuse, mida isik pidi tegema, kuid mille ta jättis tegemata. Karistusõiguslik hinnang peab hõlmama ka arsti varasemat hoolsusetust, mis tegelikult võiski viia eluohtliku seisundi tekkeni.

Tegevusetusdelikti korral tuleb silmas pidada põhjusliku seose tuvastamise eripära – põhjuslikkus tuleb konstrueerida hüpoteetilisena. Lisaks põhjuslikkusele tuleb kontrollida ka tagajärje normatiivset omistamist ehk seda, kas ettevaatamatusdeliktile iseloomulikuna oleks õiguspärane käitumine tagajärje ära hoidnud.

³⁷ Riigikohtu 29. novembri 2010 otsus kriminaalasjas nr 3-1-1-79-10, lk 23

³⁸ J. Sootak. Karistusõigus. Üldosa. Juura 2010, lk 525 jj; J. Sootak, P. Pikamäe. Karistuseadustik. Kommenteeritud väljaanne. Juura 2009, §18 komm 12–14

Tuleb märkida, et kui tavaisiku puhul ei ole talle keeruline omistada tegu, leida põhjuslik seos teo ja tagajärje vahel, tuvastada hoolsuskohustuse rikkumine, siis meditsiinis on eeltoodud aspektide tuvastamine oluliselt komplitseeritum. Lisaks igaühe hoolsusnõuetele on arstidel kohustus täita spetsiaalseid erialalisi hoolsusnõudeid. Viimaste täitmise/mittetäitmise tõendamine on keeruline. Autori arvates võib just viimane aspekt olla üheks põhjuseks, miks on raske tuvastada tervishoiuteenuse osutaja /arsti hoolsuskohustuse rikkumist ja sellest omakorda võibki tuleneda äärmiselt madal kriminaalmenetluste arv .

Edasi on vaja lahendada küsimus süüteo koosseisu subjektiivsest küljest.³⁹

Ettevaatamatusdelikti korral tuleb kõne alla kergemeelsus. KarS § 18 lg 2 – isik paneb teo toime kergemeelsusest, kui ta peab võimalikuks süüteo koosseisule vastava asjaolu saabumist, kuid tähelepanematus või kohusetundetuse tõttu loodab seda vältida.⁴⁰

Samas tuleb arvestada ka hooletusega. KarS §18 lg 3 – isik paneb teo toime hooletusest, kui ta ei tea süüteo koosseisule vastava asjaolu esinemisest, kuid oleks seda tähelepaneliku ja kohusetundliku suhtumise korral pidanud ette nägema.⁴¹

Ettevaatamatusdelikti subjektiivsete koosseisutunnuste järel tuleb tuvastada ka õigusvastasus ja süü.

Objektiivse koosseisu puhul ei arvestata isiku individuaalseid arusaamisi ja võimeid. Subjektiivse koosseisu puhul tuleb välja selgitada, kuidas konkreetne isik konkreetsetes olukorras oma tegu tajus, seda kindlasti ka tervishoiuteenuse osutaja puhul. Kergemeelsus on sõnastatud KarS § 18 lg 2-s. Selle kohaselt paneb isik teo toime kergemeelsusest, kui ta peab võimalikuks süüteo koosseisule vastava asjaolu saabumist, kuid tähelepanematus või kohusetundetuse tõttu loodab seda vältida.⁴²

Riigikohus on oma otsuses 3-1-1-128-06 märkinud, et kergemeelsuse puhul lootus, et kardetav tagajärg ei saabu, peab olema isiku üldist elukogemust ja teo spetsiifikat silmas pidades adekvaatne, st see peab tuginema isiku poolt äratuntud asjaoludele, mis lubavad tal mõistlikult uskuda, et tema poolt loodud oht ei realiseeru tagajärjena. Lootus tagajärje

³⁹ M. Lillsaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik vastutus. Tartu 2012, lk 24

⁴⁰ Karistusseadustik. – RT I 2001, 61, 364 ... RT I, 12.03.2015, 21

⁴¹ J. Sootak, P. Pikamäe. Karistusseadustik. Kommenteeritud väljaanne. Juura 2009. § 18, komm 16.1

⁴² Karistusseadustik. – RT I 2001, 61, 364 ... RT I, 12.03.2015, 21

mittesaabumisele peab olema tõsimeelne, mis tähendab, et see toetub konkreetsetele asjaoludele ega ole sõltuvuses tema poolt mittekontrollitavast juhuslikkusest.⁴³

Autori arvates on eeltoodud aspektide hindamine kohtus raskendatud. Erinevalt tavainimese hindamisest, on arsti puhul vaja eriala eksperti, kes oleks pädev andma hinnangut selle kohta, kuidas arst tajus olukorda. Kindlasti peab autor kergemeelsust raskemaks koosseisuks, kui hooletust. Autori arvamus on, et just kergemeelsus oleks ettevaatamatuse vorm, mille eest tervishoiuteenuse osutaja (arst) vääriks kriminaalkaristust. Kergemeelsuse korral pidi arst oma teo tagajärge ette nägema, kuid ta lootis seda vältida. Ta pidi mõistma, et tema tegevuse tulemuseks võib olla patsiendi surm. Autori seisukohalt võiks hooletuse puhul pigem kriminaalvastutust vältida. Hooletus on sõnastatud KaR§18 lg 3 –s. Selle kohaselt paneb isik toime teo hooletusest, kui ta ei tea süüteokoosseisule vastava asjaolu esinemist, kuid oleks seda tähelepaneliku ja kohusetundliku suhtumise korral pidanud ette nägema.⁴⁴

Hooletuse puhul ei tea isik süüteokoosseisule vastava asjaolu esinemisest, kuigi võinuks seda hoolsa käitumise korral ette näha. Autori arvates on hooletust küllaltki raske tõendada, sest isikul puudub kuriteoga side, ta on süüdi asjaolus et ta oleks pidanud teo tulemust ette nägema.

Kriminaalkolleeegium oma otsuses asjas 3-1-1-79-10 peatus olulisel menetlusõiguslikul küsimusel – ekspertiisidel ja AKEK-i (arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni) otsusel.⁴⁵

Riigikohus on leidnud, et Tervishoiuameti arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni otsus ei ole käsitletav tõendina kriminaalmenetluses, kuna mitteõiguslike, sh meditsiinialaste eriteadmiste rakendamiseks menetluses tuleb määrata ekspertiis.⁴⁶

Käesoleva töö autoril on selles osas küsimus, kas ei peaks edaspidi toodud lähtekoht muutuma. Ravivea tuvastamine on väga keeruline. AKEK tuvastab ravivea esinemist või mitteesinemist, peaks kaaluma selle arvamuse aktsepteerimist tõendina ka kriminaalmenetluses.

⁴³ Riigikohtu otsus kriminaalasjas nr 3-1-1-128-06, 16. aprill 2007, p10

⁴⁴ Karistusseadustik. – RT I 2001, 61, 364 ... RT I, 12.03.2015, 21

⁴⁵ M. Lillsaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012, lk 25

⁴⁶ RK 29. novembri 2010. a otsus kriminaalasjas nr 3-1-1-79-10, p 13.4

2.3. Abita jätmine

KarS § 124 sätestab abita jätmise korral tekkiva vastutuse:

(1) Teadvalt eluohtlikus seisundis olevale inimesele abi andmata jätmise eest õnnetuse või üldise ohu korral, kui abi andmine oleks olnud võimalik ilma abistajat ennast ohtu seadmata,

–

karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

Tuleb nentida et tegemist ei ole meditsiinitöötajaid puudutava spetsiifilise vormistusega.⁴⁷

Hüpoteetiline näide: kiirabi kutsutakse 47-aastase meeshaige juurde, kes kaebab äkki tekkinud peavalu üle. Objektiivsel vaatlusel arst olulist haigust ei leia. Haige teavitab arsti, et tal on kaasasündinud veritsushaigus ja tal on hirm, et tegemist võib olla algava verejooksuga ajju. Kiirabiarst seda ei usu ja piirdub valuvaigisti süstiga ja lahkub. Mõne tunni pärast saab kiirabi uue väljakutse sama haige juurde. Haigel on tekkinud ühe kehapoole nõrkus. Haige ja tema elukaaslane paluvad kiirabiarstil süstida hüübimisfaktorit, mida kiirabiarst ei tee. Haige viiakse haiglasse, kus tema seisund kiiresti halveneb teadvusetusseisundini ja haige sureb. Lahangul selgub, et tegemist oli verejooksuga ajju, mille takistamiseks kiirabiarst polnud tegutsenud.

Selles situatsioonis võiks kiirabiarsti süüdistada KarS § 124 alusel. Abi oleks olnud võimalik anda ilma patsienti ohtu seadmata.

Õiguslalases kirjanduses on ennustatud, et seoses patsientide raskustega tsiviilasja tõendamisprotsessis püüavad patsiendid abi saada kriminaalmenetlusest.⁴⁸ Kohtuasjade arvu silmas pidades pole see ennustus täitunud. Oma ülevaates leiavad M. Lillsaar ja M. Sedman, et maa- ja ringkonnakohtud on teinud väga vähe tervishoiutöötajaid puudutavaid lahendeid kriminaalasjades. Lisame näiteid maa- ja ringkonnakohtute praktikast.⁴⁹

⁴⁷ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 123, 124

⁴⁸ A. Nõmper, J. Sootak. Vastutuse võimalikud liigid ja vastutus. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 119

⁴⁹ M. Lillsaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuste osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012

Kriminaalasjas nr 1-06-49-49 oli isik antud kohtu alla süüdistatuna selles, et töötades erakorralise meditsiini õena ja kiirabibrigaadi vanemana ning olles väljakutsel Tallinnas Balti jaamas ei tegutsenud ta nõutava meditsiinilise abi andmiseks vajaliku hoolega. Meditsiinitöötaja ei viinud traumatunnustega ja teadvushäirega alkoholihoobes kannatanut haiglasse, vaid andis üle politseile, kes viis kannatanu arestikambrisse, kus ta ägeda alkoholimürgituse tõttu suri. Harju maakohus mõistis süüdistatava süüdi ja mõistis karistuseks 5 kuud vangistust, kuid vabastas ta täielikult tingimisi.

Maakohus tuvastas, et kannatanu oli 22.05.2004. aastal Balti jaamas raskes alkoholihoobes, lebas maas, ninal verine marrastus, ninast oli verejooks, kannatanu ei olnud kontaktne ja polnud võimeline reageerima ega liikuma. Süüdistatav, kes oli õigustatud ja kohustatud otsustama, milliseid meditsiinilisi manipulatsioone kasutada, jättis need tegemata, seega jättis ta isiku meditsiinilise abita. Kiirabikaardist, mille täitis süüdistatav ise, nähtub, et ta sai aru, millises seisundis kannatanu viibib. Selle asemel, et otsustada kannatanu haiglasse viia, kutsus ta välja politsei ja andis kannatanu üle politseile.

Maakohus tuvastas, et süüdistatav rikkus hoolsuskohustust, mille tagajärjel saabus isiku surm. Maakohus viitas tuvastatud asjaolude ja uuritud tõendite hulgas ekspertkomisjoni otsusele, käsitledes seda kriminaalmenetluses lubatud tõendina, mille kogumisel on järgitud kriminaalmenetluse norme. Maakohus leidis, et süüdistatav ei tegutsenud piisavalt, jäädes tegevusetuks, kuigi tal oli võimalik valida õiguspärane tegutsemisviis – täita hoolsuskohustus, mille täitmata jätmisega põhjustas ta teise inimese surma. Ta oli kutsealaselt selleks kohustatud, seega oli garandi seisundis. Kuivõrd tal oli võimalik õiguspäraselt käituda, siis leidis maakohus, et süüdistatav ei osutanud õiget meditsiiniabi. Tagajärje normatiivsel omistamisel tugines maakohus siinjuures AKEK-i (arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni) otsusele.⁵⁰

Ringkonnakohus tühistas maakohtu otsuse, leides et maakohus ei ole järginud deliktistruktuuri ja on eksinud põhjusliku seose ja õigusvastasusseose olemasolus süüdistatava hoolsuskohustuse rikkumise ja kannatanu surma vahel. Ringkonnakohus leidis, et hoolsuskohustust rikkuva teo ja saabunud tagajärje vahel ei piisa ainult põhjuslikust seosest ekvivalentsiteooria mõttes, vaid lisaks sellele tuleb tuvastada ka teo ja tagajärje vaheline õigusvastasusseos, mille puudumise korral ei saa põhjustatud tagajärge isikule omistada.

⁵⁰ Harju maakohtu 26. jaanuari 2007. a otsus kriminaalasjas 1-06-49-49 isiku süüdistustes KarS § 117, §13 lg 1 järgi üldmenetluses

Õigusvastasusseos puudub, kui hoolsuskohustuse rikkumine on objektiivselt küll aset leidnud, kuid ka hoolsa teo korral oleks tagajärg ikkagi saabunud.

Nimetatud asjas oli tuvastatud, et kannatanu surma põhjuseks oli äge alkoholimürgistus. Seega vajas kannatanu arstlikku järelevalvet, kuid see järelevalve ei oleks välistanud surma saabumise võimalust. Raviasutusse viimine oleks vähendanud surma saabumise võimalust, kuid ei oleks seda välistanud.

Ringkonnakohus leidis, et süüdistatav tulnuks talle esitatud süüdistustes KarS § 117 ja §13 lg 1 järgi õigeks mõista. Ringkonnakohus mõistis eeltoodud põhjustel süüdistatava õigeks.⁵¹

Samas ringkonnakohus ei viidanud asjaolule, et maakohus kasutas kriminaalmenetluses AKEK-i otsust enda otsuse põhjendamisel, aktsepteerides seega järelikult nimetatud otsust kriminaalmenetluses lubatud tõendina.⁵² Tuuakse välja, et kriminaalmenetluse oluline erinevus tsiviilasjast on see, et kriminaalmenetluses ei ole lubatud tõendina kasutada tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni otsust.

Kriminaalasjas 1-07-4017 alustati 17. oktoobril 2006 KarS § 119 lg 1 alusel kriminaalmenetlust selleks, et alates 31. jaanuarist 2006 raviti haigel nahahaigust, mille käigus arstid kasutasid laste puhul mittelubatud ravimeid. Ravi ei andnud oodatud tulemusi, samas põhjustas lapsele füüsilisi ja moraalseid kannatusi. 19. jaanuaril 2007. a lõpetas Lõuna politseiprefektuuri politsei juhtivinspektor prokuröri loal kriminaalmenetluse vastavalt KrMS § 119 lg 1 p1 ja KrMS § 200-le. Patsiendi haigus ei olnud põhjustatud keelatud ravimitest, vaid tegemist oli iseseisva haigusega. Lõpetati kriminaalasja menetlus menetlusaluse puudumisega patsienti ravinud arstide tegevuses.

Karistusõiguslike juhtude korral on süüdistuse sisuks vähemalt osaliselt tegevusetusest toimepandud ettevaatamatusdelikt. See aga omakorda tähendab, et arstilt oodatakse teatud hetkel kindlal viisil tegutsemist ja kui arst sellel hetkel eksib ning ei tegutse, siis võib teda oodata karistusõiguslik vastutus.

M. Lillsaar ja M. Sedman on toonud välja, et tervishoiuteenuse osutamise lepingu rikkumisega seotud kohtuasju on praktikas vähe. Võimalik, et suur osa rikkumistest ei jõuagi

⁵¹ Tallinna ringkonnakohtu 18. mai 2007. a otsus kriminaalasjas 1-06-4949 isiku süüdistuses KarS § 117 ja § 13 lg 1 järgi üldmenetluses. Ringkonnakohtu otsuse peale apellatsioonikaebust ei esitatud.

⁵² M. Lillsaar ja M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012, lk 20

kohtusse, vaid lahendatakse kas kohtuväliselt või on isik üldse loobunud igasuguse nõude esitamisest.⁵³ Eeltoodud arvamusega nõustub ka käesoleva töö autor.

2.4. Omavoliline ravi

Omavolilist ravi Eestis reguleeritud ei ole. Ilma nõusolekuta ravi ei ole mitte tervise vastu suunatud, vaid isiku vabaduse vastu suunatud süütegu.

Arsti poolt patsiendi ravimine ilma patsienti teavitamata, tema käest nõusolekut saamata või üldse ilma patsiendi teadmata ei ole karistusõiguslikult karistatav tegevus tingimusel, kui arsti käitumises ei esine mõne teise süüteokoosseisu tunnuseid (nt põhjustab ettevaatamatusest patsiendi surma). Algselt lähtus KarS arusaamast, mille kohaselt on igasugune ravi, mis pole läbi viidud patsiendi nõusolekul, ebaseaduslik.⁵⁴

Eelnõus oli järgmine säte.

§ 151 Ebaseaduslik ravimine

- 1) Inimese ravimise eest tema tahte vastaselt – karistatakse rahalise karistusega, arestiga või kuni 1-aastase vangistusega.
- 2) Kui ravimtoimingut võib seaduse kohaselt teostada ainult inimese kirjalikul nõusolekul, loetakse sellise ravitoimingu teostamist ilma inimese kirjaliku nõusolekuta inimese tahte vastaseks ravimiseks.

Ilma nõusolekuta ravi ei ole tervise vastu suunatud, vaid tulenevalt oma paigutusest eriosas – isiku vabaduse vastu suunatud süütegu. Riigikogu menetluse käigus jäeti see säte eelnõust välja. Seega arsti poolt patsiendi ravimine ilma patsiendi teavitamata, tema käest nõusolekut saamata või üldse ilma patsiendi teadmata ei ole karistusõiguslikult karistatav tegevus tingimusel, kui arsti käitumises ei esine mõne teise süüteokoosseisu tunnuseid (näiteks ettevaatamatusest põhjustatud patsiendi surm).⁵⁵

Käesoleva töö autori seisukoht on, et eeltoodud sättel oleks oluline koht karistusseadustikus .

Järgnevatel Karistusseadustiku sätetel on spetsiifiline iseloom. Toome need töö terviklikkuse aspektist ära, kuid pikema analüüsiga antud töös ei tegele .

⁵³ M.Lillsaar ja M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012

⁵⁴ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 122

⁵⁵ A. Nõmper. Stigma abordi kaasus. Juridica 2000, 7, lk 444

2.5. Ravimitega seotud kuriteod

Karistusseadustiku §-s 194 on ette nähtud vastutus ravimi ebaseadusliku käitlemise eest järgnevalt:

(1) Ravimi ebaseadusliku toimetamise eest üle riigipiiri edasiandmise eesmärgil, võltsitud ravimi tootmise, valmistamise, turustamise, hankimise, vahendamise või edasiandmise eesmärgil valdamise eest, kui puudub käesoleva seadustiku §-des 183–185 sätestatud süüteokoosseis, –

karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahalise karistusega.

Kõik ebaseaduslikud toimingud ravimitega on seega kriminaalkorras karistatavad. See võib puudutada näiteks Eestis registreerimata ravimite riiki toomist ja müüki.

Karistusseadustikus §-s 195 on ette nähtud vastutus dopingu kasutamise eest.

§ 195. Kallutamine dopingu kasutamisele

(1) Ravimi väljakirjutamise eest kasutamiseks dopinguna spordis, samuti ravimi dopinguna kasutamisele kallutamise eest või ravimi dopinguna manustamiseks üleandmise eest – karistatakse rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui:

1) see on toime pandud korduvalt;

2) see on toime pandud noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes, –

karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahalise karistusega.

Näiteks võib tuua V. Bernatski avalduse, kus ta tunnistas, et kirjutas erinevaid ravimeid erinevatele sportlastele dopinguna kasutamiseks. Aegumise ja tõendite puudumise tõttu arsti vastutusele pole võetud.

P. Pullerits oma artiklis mainib järgmist:

„Peale selle, kui endine arst Vitali Bernatski oli pannud terve Eesti kihama oma dopinguülestunnistusega, sai mitu vastutusrikast ametkonda ametliku kirja teravate küsimustega.

SA Eesti Antidoping juhatuse liige Kristjan Port tegi riigiprokuratuurile avalduse, kus palus anda Bernatski tegevusele dopinguainete vahendajana karistusõiguslik hinnang.

Vaevalt nädal hiljem sai ta juhtiva riigiprokuröri Heili Sepa allkirjastatud neljaleheküljelise vastuse, mille järeldus kõlab: „Jah, ajakirjanduses Bernatski tegevuse kohta avaldatus esineb viiteid kuriteo tunnustele, aga võimaliku kuriteo aegumistähtaeg on möödunud ning kriminaalmenetlus jääb seetõttu alustamata.“

Kaks ja pool aastat enne seda oli riigiprokuratuur jätnud sekkumata Veerpalu positiivse dopinguproovi uurimisse, põhjendades, et tal pole infot, mis annaks aluse kriminaalmenetluse alustamiseks.⁵⁶

K. Port on tõstatanud mitmeid küsimusi: „Kas Eesti õigusaktides sätestatud võimalused dopinguainete levitamise tõkestamiseks on piisavad? Kui on, siis miks pole suudetud sellega tegeleda? Milline on järelvalve dopinguaineid sisaldavate ravimite käitlemisel?“

Käesoleva töö autori arvamus on , et tuleks kriminaliseerida keelatud ainete ja võtete kasutamine spordis, st. et keelatud ainete kasutamine viidaks samasugusesse õiguslikku raamistikku nagu narkootiliste ainete kasutamine.

2.6. Nakkushaigustega seotud süüteod

Nakkushaiguste levik võib ühiskonnale seada tõsise ohu. Karistusseadustikus on sätestatud järgmist.

§ 192. Nakkushaiguse ja loomataudi leviku ohu põhjustamine

(1) Nakkushaiguse- või loomatauditõrje nõuete rikkumise eest, kui sellega on põhjustatud eriti ohtliku nakkushaiguse või eriti ohtliku loomataudi leviku oht, – karistatakse rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistusega.

⁵⁶ P.Pullerits.Võitlus dopingu vastu jääb Eestis hambutuks.Postimees 2014,25.03

(2) Sama teo eest, kui sellega on ettevaatamatusest põhjustatud eriti ohtliku nakkushaiguse või eriti ohtliku loomataudi leviku oht, –

karistatakse rahalise karistusega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahalise karistusega.

§ 193. Nakkushaiguse ja loomataudi leviku põhjustamine

(1) Nakkushaiguse- või loomatauditõrje nõuete rikkumise eest, kui sellega on põhjustatud nakkushaiguse või eriti ohtliku loomataudi levik, –

karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui sellega on ettevaatamatusest põhjustatud nakkushaiguse või eriti ohtliku loomataudi levik, –

karistatakse rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistusega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahalise karistusega.

Karistused on seotud vaid eriti ohtlike nakkushaiguste leviku piiramisega. Muude nakkushaiguste nõuete täitmata jätmine ei ole karistatav.⁵⁷ Autor on seisukohal, et siin oleks vaja uut lähenemist seadusandluses.

2.7. Tervishoiuteenuse osutamine ilma tegevusloata

Ilma tegevusloata tervishoiuteenuse osutamine on käsitletav ebaseadusliku majandustegevusena.

§ 372. Tegevusloata ja keelatud majandustegevus

(1) Majandustegevuse eest valdkonnas, mille kohta kehtis erikeeld või majandustegevuse seadustiku üldosa seaduse alusel kohaldatud majandustegevuse keeld, samuti tegevusloata tegutsemise eest valdkonnas, kus tegevusluba on nõutav, –

karistatakse rahatrahviga kuni kolmsada trahviühikut või arestiga. (2) Sama teo eest, kui:

1) [kehtetu - RT I, 12.07.2014, 1 - jõust. 01.01.2015]

2) sellega põhjustati oht paljude isikute elule või tervisele või

3) see on toime pandud tervishoiuteenuse, nakkusohtlike materjalide käitlemise, lennunduse,

⁵⁷ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 128

raudteeliikluse või krediidi-, kindlustus- või finantsteenusega seotud tegevusalal, –
karistatakse rahalise karistusega või kuni kolmeaastase vangistusega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahatrahviga kuni 32 000 eurot.

(4) Käesoleva paragrahvi lõikes 2 nimetatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahalise karistusega.

(5) Kohus võib kohaldada käesolevas paragrahvis sätestatud süüteo toimepanemise vahetuks objektiks olnud aine või eseme konfiskeerimist vastavalt käesoleva seadustiku §-s 83 sätestatule.

Ebaseadusliku majandustegevuse seos tervishoiuvaldkonnaga vajab tuvastamist.⁵⁸ Selleks, et tegemist oleks ebaseadusliku majandustegevusega tervishoiuvaldkonnas, on vaja tuvastada, et tegemist on tervishoiuteenusega. Tervishoiuteenusena on käsitletavad sisuliselt kõik tegevused, mis on suunatud haiguste diagnoosimisele, ärahoidmisele ja ravimisele.

- Tervishoiuteenuste osutamine eeldab arstiteaduslikke oskusi.

- Tervishoiuteenust osutatakse majandus- ja kutsetegevuses.⁵⁹

2.8. Teadusuuringud

Teadusuuringute kohta leiame A. Nõmperi kommentaari: „Teadusuuringud on Eestis puudulikult reguleeritud.“⁶⁰

Karistusseadustikus leiame järgmised sätted:

§ 138. Ebaseaduslik inimuuringute tegemine

(1) Meditsiinilise või teadusliku uuringu tegemise eest inimesega, kes ei olnud selleks andnud seaduses ettenähtud korras oma nõusolekut või keda enne nõusoleku andmist ei olnud teavitatud olulistest uuringuga kaasneda võivatest ohtudest, –

karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahalise karistusega.

⁵⁸ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 129

⁵⁹ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 129

⁶⁰ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 157

Uuringutega on seotud ka § 130.

§ 130. Keelatud toimingud embrüoga

- (1) Inimkloonimise, samuti inimhübridi või inimkimääri valmistamise eest – karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.
- (2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistusega.

Kindlasti on teadusuuringud väga tihedalt seotud patsientide ja arstidega. Nimelt on haiglates käimas arvukalt erinevaid kliinilisi uuringuid. Nendesse patsientide kaasamisel on oluline informeeritud nõusoleku olemasolu. Siin on uuringute läbiviimisel arstide vastutus oluline – palju poleemikat on maailmas embrüotega seotud uuringute aspektis.

2.9. Siirdamine

Siirdamine on eraldiseisev valdkond. Väga olulisel kohal on doonorite õiguse kaitsmine, ärilisuse takistamine, organkaubanduse takistamine.

§ 138¹. Doonorlusele sundimine

- (1) Inimese asetamise eest olukorda, kus temalt eraldatakse elund, kude või rakk, kui tegu on toime pandud vabaduse võtmise, vägivalla, pettuse, kahju tekitamisega ähvardamise, teisest isikust sõltuvuse, abitu seisundi või haavatava seisundi ärakasutamisega ja puudub käesoleva seadustiku §-s 118 sätestatud sümpteemidega, – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.
- (2) Sama teo eest, kui:
 - 1) see on toime pandud kahe või enama isiku suhtes;
 - 2) see on toime pandud noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes;
 - 3) see on toime pandud abitus seisundis isiku suhtes;
 - 4) see on toime pandud piinaval või julmal viisil;
 - 5) sellega on põhjustatud raske tervisekahjustus;
 - 6) sellega on põhjustatud oht elule;
 - 7) see on toime pandud grupi poolt;
 - 8) see on toime pandud ametiseisundit kasutades;
 - 9) sellega on põhjustatud raske tagajärg, –karistatakse kahe- kuni kümneaastase vangistusega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

(4) Kohus kohaldab käesolevas paragrahvis sätestatud kuriteo eest kuriteoga saadud vara laiendatud konfiskeerimist vastavalt käesoleva seadustiku §-s 83² sätestatule.

(5) Haavatav seisund käesoleva paragrahvi tähenduses on olukord, kus inimesel puudub tegelik või vastuvõetav võimalus mitte olla asetatud käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud olukorda.

§ 139. Ebaseaduslik siirdematerjali võtmine

(1) Inimeselt siirdamise eesmärgil elundi või koe eraldamise eest isiku poolt, kellel on olnud seadusest tulenev õigus seda teha, kui seda inimest enne temalt vastava nõusoleku saamist ei olnud teavitatud olulistest elundi või koe eraldamisega kaasneda võivatest ohtudest või kui eraldaja oli teadnud, et see inimene saab elundi või koe eraldamise eest tasu, –
karistatakse rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

§ 140. Doonorlusele kallutamine

(1) Inimese ebaseadusliku kallutamise eest endalt elundi, koe või raku eraldamiseks nõusolekut andma, kui puudub käesoleva seadustiku §-s 118 või 138¹ sätestatud süüteokoosseis, –

karistatakse rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui see on toime pandud noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes, –
karistatakse kuni viieaastase vangistusega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

§ 150. Ebaseaduslik siirdematerjali võtmine laibalt

(1) Inimese laibalt siirdamise eesmärgil elundi või koe eraldamise eest selleks õigustatud isiku poolt, kui inimene on selle oma eluajal keelanud, –
karistatakse rahalise karistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

2.10. Inimloote õiguskaitse

Inimloote õiguskaitse on äärmiselt oluline aga ka väga delikaatne temaatika

§ 129. Inimloote kahjustamine

(1) Vigastamise, aine manustamise või muu teoga naise emakas oleva inimloote kahjustamise eest kui sellega põhjustati raseduse katkemine või inimloote surm –
karistatakse rahalise karistuse või kuni viieaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

§ 130. Keelatud toimingud embrüoga

(1) Inimkloonimise, samuti inimhübriidi või inimkimääri valmistamise eest –
karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

§ 131. Inimloote väärkohtlemine

(1) Inimloote kehavälise valmistamise eest eesmärgita see naisele üle kanda või väljaspool selleks seaduslikku õigust omavat asutust või isiku poolt, kellel ei olnud selleks seaduslikku õigust, või inimloote kehaväliselt külmutamata säilitamise eest seaduses sätestatud tähtajast kauem või eraviisilise tehingu tegemise eest inimlootega –
karistatakse rahalise karistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

§ 132. Ebaseaduslik asendusemadus

(1) Võõra munaraku või sellest valmistatud inimloote ülekandmise eest naisele, kelle kohta on teada, et ta kavatseb sellest arenenud lapse pärast sünni ära anda, –
karistatakse rahalise karistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –
karistatakse rahalise karistusega.

Raseduse ebaseaduslik katkestamine. Abort on väär- ehk nurisünnitus, s.t raseduse katkemine või katkestamine enne 28. rasedusnädala lõppu.

§ 125. Raseduse tahtevastane katkestamine

Raseda naise tahte vastaselt tema raseduse katkestamise eest – karistatakse kolme- kuni kaheteistaastase vangistusega.

§ 126. Raseduse õigustamatu katkestamine

(1) Raseda naise tahtel tema raseduse katkestamise eest isiku poolt, kellel ei olnud seadusest tulenevat õigust rasedust katkestada, –

karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui rasedus oli kestnud kauem kui kakskümmend üks nädalat, – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.

§ 127. Raseduse hilinenud katkestamine

Raseduse katkestamise õigusega isiku poolt raseda naise tahtel tema raseduse katkestamise eest seaduses sätestatud tähtajast hiljem –

karistatakse rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistusega.

§ 128. Raseduse katkestamise lubamine

Oma raseduse katkestada lubamise eest isiku poolt, kellel ei olnud seadusest tulenevat õigust rasedust katkestada, või oma raseduse hilinenult katkestada lubamise eest – karistatakse rahalise karistusega.

2.11. Isikuandmete kaitse kui põhivabaduse kaitse

Tervishoiutöötajaid puudutavad järgmised §157 ja § 157¹. Mõistetavalt valdavad meditsiinitöötajad olulisi andmeid patsientide kohta .Nende andmete levitamine peab olema välditud .

§ 157. Isikuandmete ebaseaduslik avaldamine

(1) Kutse- või ametitegevuses teatavaks saanud isikuandmete ebaseadusliku avaldamise eest isiku poolt, kellel oli seadusest tulenev kohustus andmeid mitte avaldada, ja kui puudub käesoleva seadustiku §-s 157¹ sätestatud süüteokoosseis, – karistatakse rahatrahviga kuni 300 trahviühikut.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahatrahviga kuni 32 000 eurot.

§ 157¹. Delikaatsete isikuandmete ebaseaduslik avaldamine

(1) Delikaatsete isikuandmete ebaseadusliku avaldamise või neile ebaseadusliku juurdepääsu võimaldamise eest –

karistatakse rahatrahviga kuni 300 trahviühikut.

(2) Sama teo eest, kui see on toime pandud omakasu eesmärgil või kui sellega on tekitatud teisele isikule kahju, –

karistatakse rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistusega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahatrahviga kuni 32 000 eurot.

(4) Käesoleva paragrahvi lõikes 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, –

karistatakse rahalise karistusega.

2.12. Karistusõigusliku vastutuse roll arsti vastutuses

Mitmed arstide karistusõiguslikku vastutust puudutavad autorid arvavad, et hooletus/lohaku ei peaks olema kriminaalvastutuse aluseks, vaid kriminaalsanktsioonid peaksid saama inimesed oma tegevuse lõpptulemuse eest, mida nad tegid meelega ja kui nad teadsid oma tegevuse oletatavaid tagajärgi. Teised toetavad lähteseisukohta, et kriminaalsanktsioone tuleb rakendada neile, kes küll teadsid tegevuse standardeid, kuid ei rakendanud neid.⁶¹ Lisaks on veel neidki, kes utilitaarse teooria alusel kinnitavad, et kriminaalsanktsioonidel on prospektiivne mõju ja et need toetavad praktikas kõrgematest standarditest kinni pidamist.

Karistusõigusel kui vahendil käsitlemaks meditsiinitöötaja eksimust, mille tulemuseks on haige surm või raske vigastus, on pikk ajalugu. Juhtum, kus Inglismaal leiti arst kriminaalvastutuse alusel süüdi olevat, pärineb 14.-st sajandist.⁶²

Kriminaalõiguse kasutamine on tugevaim mehhanism, mille kaudu saab ühiskond panna isiku vastutama ühiskonna huvide vastaste tegude eest. Ükski isik ei saa olla vaatamata oma professionaalsele staatusele immuunne kriminaalõiguse suhtes.

⁶¹ H.L.A. Hart (1961) Negligence, M. Rea and Criminal Responsibility. In A.G.Gust.ed., Oxford Essays in Jurisprudence: A Collaborative Work. London: Oxford University Press at 29

⁶² O. Quick (2006) Prosecuting Gross Medical Negligence: Manslaughter, Discretion and the Crown Prosecution Service. J. Law Soc 33:3.421

Kriminaalõiguse kasutamise osas on ka olulisi raskusi, eriti arvestades kompleksset keskkonda, milles tavaliselt tervishoiu professionaalid kaasaegses tervishoiusüsteemis tegutsevad.

Kriminaalõiguse paradigma baseerub inimese tegevuse tunnustamisel – autonoomne indiviid otsustab tegutseda (või mitte tegutseda) viisil, mis on vastuolus õigusega ja seega peab aktsepteerima sellise tegutsemise või mittetegutsemise tagajärgi – see on lihtne maailm, mis tunnistab väheseid lisafaktoreid.

Tervishoiu ajalooliseks aluseks on autonoomne professionaal, kes on kas kompetentne või ebakompetentne oma professionaalses tegevuses. Samas tuleb kaasaja meditsiinis näha kompleksust, kus paljud spetsialistid tegutsevad koostöös haigete huvides. Haigetel on mitmeid haigusi, mis esitavad nii diagnoosides kui ka ravimisel uusi väljakutseid.⁶³

Eksimuste psühholoogiaalased uuringud on näidanud, et vead pole sageli ühe inimese ebakompetentsuse tulemus, vaid tekivad faktoritest, mis on omased komplekssetele süsteemidele, milles indiviid töötab. (McDonald, F. (2008) The criminalisation of medical mistakes in Canada: a review. Health law Journal, 16, p 4)

Inimlike eksimuste osas tuuakse välja neli erinevat vormi:

- 1) vead (*mistakes*) – eksimused planeerimisel (*errors in planning*)
- 2) vääratused, libastumised (*slips or lapses*) – vead täideviimisel
- 3) tehnilised vead – tegevuse läbiviimine ebaõnnestub vaatamata sobivale plaanile ja tehnikale
- 4) rikkumised (*violation*) – tahtlik kõrvalekaldumine ohutust praktikast.⁶⁴

Esimese kolme kategooria kohta võib öelda, et need võivad olla põhjuslikult mõjutatud tervishoiukeskkonna kompleksusest. Merry ja McCall Smith osundavad, et vaid vägivaldsed rikkumised (*violations*), tahtlikud kõrvalekaldumised ohutust praktikast, peaksid olema kriminaalse vastutuse rakendamise alas, kuna siin on tegemist moraalse süüga.⁶⁵ Omamoodi probleemne on, mida käsitleda rikkumise (*violation*) all. Kas see on süütegu, kui süstlasse

⁶³ S. Dekker (2007). Discontinuity and Disaster: Gaps and the Negotiation of Culpability on Medication Delivery. J. L. Med. Ethics, lk 463

⁶⁴ F. McDonald (2008). The criminalisation of medical mistakes in Canada: a review. Health law Journal, 16, lk 6

⁶⁵ A. Merry, A. McCall (2001). Errors, Medicine and the law. Cambridge: Cambridge University Press

võetakse rohi ja süstitakse ilma, et enne kontrollitaks ravimi etiketti? Jah, sest etiketi kontroll on elementaarne nõue. Mis saab aga siis, kui etiketti on valesti loetud, kuna töötaja on surve all? Seega, peab olema piisavalt aega, et seda lugeda. Samas võib eeltoodut interpreteerida ka teisiti – libastumisena või nõ täideviimise veana. Tegutsemist võivad mõjutada ümbritseva keskkonna faktorid: näiteks surev patsient, liiga palju haigeid, kes ootavad abi jne. Indiviidile spetsiifilised faktorid nagu väsimus või kontsentreerumise häire võivad samuti tegutsemist mõjutada. Kas eeltoodu on piisav kriminaalsanktsiooni rakendamiseks? Kes on moraalselt süüdi – kas tervishoiuprofessionaalid, kellel on legaalsed ja eetilised kohustused patsientide ees või süsteemid, milles nad töötavad, kus on palju haigeid, kompleksed süsteemid, ülekoormatud tervishoiuprofessionaalid, millest kokku kujuneb vigade tekkeks soodne keskkond? Kas sellises olukorras on moraalne süü piisav, et nõuda kriminaalsanktsioone indiviidile?

Eeltoodud tüpologia on empiiriline baas, mis võiks aidata otsustada, kas jätkuv hoolikas tegevus või tegevusetus on tsiviil- või tsiviil- ja kriminaalvastutuse ala. Käesoleva töö autori arvamus on, et selge rikkumine, mille korral kas individ või institutsioon valivad ohutu praktika standardite mittetäitmise, peaks pälvida kriminaalsanktsioone ja tervishoiuteenuse osutaja peaks ühiskonna ees vastutama süüalise tegevuse eest.

Retrospektiivne vastutus indiviidi osas võidakse leida teiste vahendite abil – professionaalne distsipliin või kompetentsuse kontroll, süüteokohus jms.⁶⁶ Prospektiivne vastutus võiks tähendada mitte rakendada kriminaalvastutust, karistusi tervishoiuprofessionaalide suhtes, vaid implementeerida muutusi töökultuuris, kogu süsteemis, milles tervishoiuprofessionaalid tegutsevad. Poliitika tasemel tuleb meeles pidada, et indiviidi karistamine võib kaitsta mitteohutut süsteemi uurimise eest ja seega takistada institutsiooni õppimist ja paremustamist. See aga pole üldsuse huvides.⁶⁷

Paraku peab tõdema, et ei ole selgelt defineeritavat punkti, millest alates tervishoiuteenuse osutaja hooletus muutub kriminaalseks süülisuseks. Et ületada piir tsiviilvastutusest kriminaalvastutuse suunas, on vaja, et oleks toimunud suur ja oluline kõrvalekaldumine meditsiiniabi standardist. Tervishoiuteenuse osutaja, keda karistatakse kriminaalset

⁶⁶ V. Sharpe (2004). Taking Responsibility for Medical Mistakes. S. Rubin: L. Zoloth eds, Margin of Error: The Ethics of Mistakes in the Practice of Medicine. Hagerstown Md. University Publishing Group, lk 183–192

⁶⁷ S. Dekker (2007). Discontinuity and Disaster: Gaps and the Negotiation of Culpability on Medication Delivery. J. L. Med P Ethics, lk 463

meditsiinilist eksimust silmas pidades, ei pea olema põhjustanud sihilikku kahju. Ta oleks pidanud teadma olulisest ja õigustatud riskist, kuid seda polnud.⁶⁸

Nt. Michael Jacksoni juhtum – kõige tuntum näide arstist, kes sai süüdistuse kriminaalvastutuse alusel. Dr. Conrad Murray, laulja Michael Jacksoni personaalne arst, vahistati süüdistatuna tahtmatuse/ettekavatsemata tapmises. Teda peeti süüdlaseks Jacksonile anesteetikumi Propofoli ordineerimises, ning sellega põhjustas laulja surma. Propofol on ravim, mida kasutatakse pigem haiglas, kus on vajaminev aparatuur, et haige seisundit jälgida. Samas ordineeris Murray ravimi Jacksoni kodus.⁶⁹

Professor Hoffmann rõhutab, et kriminaalvastutus ei tohiks arstidele rakenduda, kui pole tõendatud tahtlikkuse element („A criminal action is unjustified if the element of intent is lacking.“)⁷⁰ Ta rõhutab, et meditsiiniline vastutus peaks jääma tsiviilasjaks. Siiski rõhutatakse ka seda, et meditsiiniprofessionaalid ei peaks saama nn vaba pääset kriminaalvastutusest vigade eest, mida nad haigete ravimisel teevad. Ameerika Meditsiiniassotsiatsioon (The American Medical Association – AMA) väljendab seisukohta, et arstid väärivad karistust, kui nende tegevus on hoolimatu. Hoolimatus on oluline kõrvalekalle standardist.

Samas on paljud autorid rõhutanud, et meditsiiniliste eksimuste korral karistusõigusliku vastuse rakendamine on ülemäärane ja ebaefektiivne, sest ei suudeta objektiivselt määratleda abi standardit ja teiselt poolt ei õnnestu tegelikult saavutada kriminaalkaristamise eesmärke.

Eeltoodud informatsiooni aluseks võttes võib autor väita, et tervishoiuteenuse osutaja karistusõigusliku vastutuse praktika Eestis on peaaegu olematu. Tõenäolised põhjused peituvad kohtusse pöördumise harjumuse puudumises (inimene ei taha arsti peale kaevata), või lahendatakse tekkinud olukorrad kohtuväliselt. Oma roll on ka aspektil, et arsti eksimust on kohtus raske tõendada. Käesoleva töö autori arvamuse kohaselt vajaks kaalumist Arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni ekspertarvamuse aktsepteerimine kohtus tõendina, mis muidugi ei välista vajadusel lisaekspertiisi määramist.

Käesoleva töö autori arvates on oluline küsimus, kas karistusõiguslik vastutus teenib meditsiinis kvaliteedi tõstmise huve? Tegemist on ennekõike toimunu retrospektiivse

⁶⁸ A. Cook (2010). Criminal Medicine : when Malpractice Turns to Manslaughter. Arvutivõrgus: <http://crime.suite101.com/article.cfm/criminal-medicine>

⁶⁹ D.B. Wood. Case Against Michael Jackson's Doctor Centers on Gross Negligence. The Christian Science Monitor, Feb. 8, 2010. Arvutivõrgus.Kättesaadav: <http://www.csmonitor.com/USA/Society/2010/0208/case-against-Michael-Jackson-s-doctor-centers-on-gross-negligence>

⁷⁰ D. E. Hoffmann. Physicians who break the law (2009), lk 1083–1084

käsitlemisega, mistõttu olulist positiivset mõju arstiabi kvaliteedile autor ei näe. Kindlasti ei ole vaja meditsiinis luua hirmu ja varjamise kultuuri, mida kriminaliseerimine võib kujundada. Samuti ei peaks karistama n.ö. riski võtmise eest või selle eest, et arst ei arvanud, et tema tegevustel on ohtlikud tagajärjed.

Karistusõiguslik vastutus peaks jääma vaid kõige raskemate eksimuste puhuks. Ainult siis, kui kõik teised mehhanismid on ammendunud, peaks rakenduma kriminaalvastutus.

3. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik vastutus.

Eelistatud meditsiinilise vastutuse võimalus on tsiviilvastutus. Kuid ka seda ei peeta ideaalseks süsteemiks. Tsiviilvastutuse alusel saab kahjukannataja võimaluse saada kompensatsiooni ja see annab ka tervishoiuteenuse osutajale võimaluse muuta käitumist ilma mittevajaliku karistusega. Kompensatsioonide alus on hagejate majanduslikud ja

mittemajanduslikud kahjud. Majandusliku kahju kompensatsioon võimaldab hagejal saada kompensatsiooni rahaliste kahjude eest nagu sissetuleku kaotus, meditsiinilised kulud.

Mittemajandusliku kahju kompensatsioon võimaldab katta subjektiivsed kahjud nagu valu, kannatused, elukvaliteedi langus jne.⁷¹

Tsiviilõiguslik vastutus on ühelt poolt lepinguline ja teiselt poolt deliktiline.

VÕS § 770 sätestab tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse, mille ülesanne on kehtestada tavalise lepingulise vastutusega võrreldes kõrgem vastutusstandard, laiendatud on vastutavate isikute ringi ning teatud juhtudel on kergendatud patsiendi tõendamiskoormist.⁷²

VÕS § 770 lg 2 kohaselt vastutab tervishoiuteenuse osutaja samuti teda abistavate isikute (arst-resident, meditsiiniõde) tegevuse ja tervishoiuteenuses kasutatavate seadmete vigade eest. Oluline on rõhutada, et lepingulise kahju hüvitamise nõude korral peab patsient tõendama tervishoiuteenuse kohustuse rikkumist, süüd, kahju tekkimist ja põhjuslikku seost

⁷¹ Ending of Confusion: Economic, Non-economic and Punitive Damages, Health Coalition on Liability and Access, <http://www.hcla.org/factsheets/2003-23-Damages.pdf>

⁷² Võlaõigusseadus. III kommenteeritud väljaanne, § 770, komm 1. Juura, 2009

rikkumise ja kahju vahel. VÕS § 770 lg 1 sätestab lisaks tervishoiuteenuse osutajale vastavalt VÕS § 758 lg 2-le vastutuse tervishoiuteenuse osutamisel osalevale kvalifitseeritud arstile, hambaarstile, iseseisvalt tervishoiuteenust osutavale õele või ämmaemandale. Kui viimased tegutsevad tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud töölepingu või muu selle sarnase lepingu alusel, vastutavad nad tervishoiuteenuse osutaja kõrval nad ka isiklikult. Kuidas toimub vastutuse jagunemine tervishoiuteenuse osutaja ja isiklikult vastutava tervishoiutöötaja vahel?

VÕS § 65 lg 2 alusel on tegemist solidaarvõlgnikega, patsient võib ise valida, kelle vastu ta ja millises ulatuses ta oma nõude esitab. A.Nõmper märgib: „Praktikas esitatakse nõue tervishoiuteenuse osutaja vastu täies ulatuses, kuna tervishoiuteenuse osutaja on maksujõulisem.“⁷³

Lepinguline regulatsioon ei välista paralleelselt deliktiõiguse kohaldamist. VÕS § 1044 lg 3 alusel on deliktiõiguslik vastutus võimalik, kui tervishoiuteenuse osutamise lepinguga kaasneb isiku surm või talle kehavigastuse tekitamine. Deliktilise vastutuse korral tuleb patsiendil tõendada õigushübe rikkumist, kahju tekkimist, põhjuslikku seost rikkumise ja kahju tekkimise vahel. Tegelikult puudutab deliktiline vastutus tervishoiuteenuse osutajat.

Tervishoiuteenuse osutaja lepinguline vastutus VÕS § 770 alusel on järgmine:
„Tervishoiuteenuse osutaja § 758 lõikes 2 nimetatud isik vastutavad üksnes oma kohustuste süülise rikkumise eest, eelkõige diagnoosi- ja ravivigade ning patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustuse rikkumise eest.“

Säte on kehtestanud tervishoiuteenuse osutaja (juriidiline isik) süülise vastutuse põhimõtte.⁷⁴ Tervishoiuteenuse osutamise lepingu rikkumise korral võib patsient nõuda kahju hüvitamist. Hüvitamisele kuuluv kahju võib olla vastavalt VÕS § 128 lg 1 olla varaline või mittevaraline.

Seni on olnud mittevaralise kahju hüvitise määrad suhteliselt madalad, samas aga kohtumenetlusega kaasnevad õigusabi kulud suured. Seega pole kohtuskäimine majanduslikus mõttes kuigi tasuv.⁷⁵ Võib-olla eelistavad tervishoiuteenuse osutajad maksta

⁷³ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007- lk 136

⁷⁴ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus 2007, lk 134

⁷⁵ Võlaõigusseadus III, kommenteeritud väljaanne. § 770, komm. Kirjastus Juura 2009

hüvitisi kohtuväliste kokkulepete kaudu.⁷⁶ Pole ka välistatud, et patsient on oma nõudest loobunud.

3.1. Tervishoiuteenus ja tervishoiuteenuse osutaja

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse⁷⁷ järgi on tervishoiuteenus tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervises seisundi halvenemist või haiguse ägenemist (TTKS § 2 lg 1).

Riigikohtu seisukoht on, et igasugust tegevust, mille eesmärk on ennetada, diagnoosida või ravida haigusi, ei saa veel käsitleda tervishoiuteenusena TTKS § 2 lg 1 mõttes. Diagnostiline ja ravitegevus peab toimuma majandus- või kutsetegevuses ja see eeldab ka vältimatult arstiteaduslikke teadmisi ja oskusi. Diagnostilise või ravitegevuse võimalik mõju organismile peab olema sedavõrd intensiivne, et selle toiminguga ebaõige läbiviimine võib tuua kaasa komplikatsioone.⁷⁸

VÕS § 758 lg 1 ls 1 käsitleb tervishoiuteenust kui patsiendi läbivaatamist arstiteaduse reeglite järgi tema tervise huvides, patsiendi nõustamist ja ravimist või temale sünnitusabi pakkumist, samuti patsiendi teavitamist tema tervisest ja ravi käigust ning tulemustest.

VÕS § 758 lg 1 ls 2 järgi hõlmab tervishoiuteenus ka patsiendi hooldamist tervishoiuteenuse osutamise raames, samuti muud tervishoiuteenuse osutamisega otseselt seotud tegevust. VÕS § 766 lg 1 kohaselt on tervishoiuteenus ka patsiendi suhtes teavitamiskohustuse täitmine.

Tervishoiuteenus VÕS-i mõttes on tegevus tervishoiuteenuse osutamise lepingu täitmisel.⁷⁹ Silmas on peetud tervishoiuteenuse osutajat kui lepingu poolt ja lepingu täitjat majandus- ja kutsetegevuses. VÕS-i § 762-s sätestatu eeldab vältimatult arstiteaduslikke teadmisi ja oskusi tervishoiuteenuse osutamisel. VÕS-i § 758 lg 1 alusel on tervishoiuteenuse osutaja isik, kes teisele isikule (patsiendile) osutab oma kutsetegevuses tervishoiuteenust. VÕS-i § 758 lg 2 järgi on arst, hambaarst, iseseisvalt tervishoiuteenust osutav õde või ämmaemand tervishoiuteenuse osutamisel osalevad isikud.

⁷⁶ N. Niitra. Haiglad eelistavad valuraha vaikselt maksta. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.tarbija24.ee/770462/haiglad-eelistavad_valuraha_vaikselt_maksta/ (15.02.2015)

⁷⁷ TTKS RTI 2001, 50, 284... RTI, 10.03.2011

⁷⁸ RK kriminaalkolleegiumi 29.06.2006. a otsus kohtuasjas nr 3-1-1-46-06, p 12.

⁷⁹ A. Nõmper. VÕS § 758, komm. p 3.1

VÕS-i alusel on tervishoiuteenuse osutaja juriidiline või füüsiline isik.⁸⁰ VÕS §758 lg 2 kohaselt vastutavad tervishoiuteenuse osutamisel osalevad isikud lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult. Tervishoiutöötaja lepingulise vastutuse eeldus on tema ja tervishoiuteenuse osutaja vahel sõlmitud tööleping või muu teenuse osutamise leping.⁸¹ Patsiendil on võimalik lepingulise kohustuse rikkumisest tulenev nõue esitada nii tervishoiuteenuse osutaja kui ka tervishoiutöötaja vastu. Nõude põhjendatuse korral on nende vastutus solidaarne.⁸²

Tervishoiuteenuse osutaja kui tööandja ja tervishoiutöötaja kui töötaja suhtes kohaldub töölepingu seaduse⁸³ regulatsioon, mis piirab töötaja vastutuse.

VÕS § 770 lg 2 alusel vastutab tervishoiuteenuse osutaja tervishoiutöötajat abistavate isikute tegevuse eest. Vastavalt TsÜS § 132 lg 1-le omistatakse tervishoiutöötaja tegevus tervishoiuteenuse osutajale. Tervishoiuteenuse osutaja tervishoiutöötaja töösuhe tähendab tegelikult tervishoiutöötaja kasutamist majandus- ja kutsetegevuses.⁸⁴ Tervishoiuteenuse osutamiseks sõlmitakse tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahel leping. Tervishoiuteenuse osutamise lepinguga seotud küsimusi reguleerib VÕS-i 41. peatükk (§-d 758–773).⁸⁵

3.2. Tervishoiuteenuse osutamise lepingu pooled ja lepingu sõlmimine

Tervishoiuteenuse osutamise lepingu üheks pooleks on alati tervishoiuteenuse osutaja, reeglina tervishoiuteenust osutav juriidiline isik. Füüsiline isik saab olla tervishoiuteenuse osutaja kahel juhul: esiteks, kui ta tegutseb füüsilisest isikust ettevõtja vormis (näiteks perearstina), teiseks, kui isik töötab tervishoiutöötaja osutajaga sõlmitud muu lepingu alusel kui tööleping või muu selle sarnane leping.⁸⁶ Lepingu teiseks pooleks on reeglina patsient.

⁸⁰ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 57

⁸¹ A. Nõmper. VÕS § 758, komm. p 2.2

⁸² A. Nõmper. VÕS § 770, komm. p 3.1

⁸³ Töölepingu seadus. RT I 2009, 5, 35, RT I, 10.02.2012, 1 § 72–78

⁸⁴ M. Käerdi TsÜS § 132 lg 1, komm. Nr 3.3.1, 3.3.2 (a). P. Varul jt. Tsiviilseadustiku üldosa seadus, kommenteeritud väljaanne. Tallinn, Juura 2010

⁸⁵ VÕS RT-I 2001, 81, 487... RT I, 08.07.2011.6 A. Nõmper. VÕS 41 peatüki kommentaaride autor. Tervishoiuteenuse osutamise leping. Sissejuhatus, lk 294. P. Varul jt (koost.) Võlaõigusseadus III 8. ja 10. osa - §-d 619–916 ja 1005–1067 kommenteeritud väljaanne. Tallinn. Juura 2009

⁸⁶ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 57

Võimalik on lepingu sõlmimine kolmanda isiku kasuks. VÕS § 758: „Tervishoiuteenuse osutamise lepinguga kohustub üks isik (tervishoiuteenuse osutaja) oma kutsetegevuses teisele isikule (patsient) osutama tervishoiuteenust.“

VÕS § 270 alusel on patsiendil vabadus lepingu sõlmimise osas. Samas on tervishoiuteenuse osutajale pandud lepingu sõlmimise kohustus. Lepingu sõlmimise kohustusest on VÕS-i § 760 teinud kaks erandit: esiteks siis, kui patsiendi poolt taotletavad lepingutingimused on vastuolus seadusega ja teiseks siis, kui tekib vastuolu tervishoiuteenuse osutaja tüüptingimustega. VÕS § 773 kohaselt on tervishoiuteenuseosutamise lepingu regulatsioonist kõrvalekalduv kokkulepe tühine.

3.3. Tervishoiuteenuse osutamise lepingu poolte kohustused

VÕS-i 41. peatükist lähtuvalt on tervishoiuteenuse osutaja kohustused järgmised: tervishoiuteenuse osutamisel ohutus, patsiendi teavitamise ja teavitatud nõusoleku saamise kohustus, saladuse hoidmise kohustus, dokumenteerimiskohustus. Patsiendi kohustuseks on tasu maksmise kohustus, kaasabi ja informatsiooni andmise kohustus.

Tervishoiuteenuse osutaja peamiseks kohustuseks on osutada patsientidele tervishoiuteenust. Patsiendile osutatav tervishoiuteenus peab olema kvaliteetne.⁸⁷

3.3.1. Tervishoiuteenuse ohutus

Tervishoiuteenusele osutavad sisulised kvaliteedinõuded on sätestatud VÕS §-s 762. Selle kohaselt peab tervishoiuteenus vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda tuleb osutada tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega ning vajaduse korral peab tervishoiuteenuse osutaja suunama patsiendi eriarsti juurde või kaasama eriarsti.

Arstiteaduse üldise taseme hulka kuuluvad need ravimeetodid, mis on sedavõrd levinud, et neid käsitletakse arstide väljaõppes ja täiendkoolitustel või neid võib muudel põhjustel pidada tõenduspõhise meditsiini hulka kuuluvaks.⁸⁸ Lisaks arstiteaduse üldisele tasemele peab

⁸⁷ A. Nõmper, J. Sootak. Tervishoiuteenuse osutamise kohustus. Meditsiiniõigus. Juura, 2007, lk 87–91

⁸⁸ A. Nõmper, J. Sootak. Tervishoiuteenuse osutamise kohustus. Meditsiiniõigus. Juura, 2007, lk 87–91

tervishoiuteenus vastama tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatavale hooale.

Tervishoiuteenuse osutajalt oodatakse kõrget hoolsuse taset. Iga hooletus võib tähendada ebakvaliteetset ravi. Tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamiseks on teenuse osutajale sätestatud ka patsiendi suunamiskohustus .

Tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamise formaalsed nõuded on kehtestatud sotsiaalministri 15.12.2004.a. määruses nr 128.⁸⁹

Määruse nr 128 §3 lg 1 kohaselt vastutab tervishoiuteenuse osutaja patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedi eest ning on kohustatud tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamiseks ja arendamiseks ning tervishoiuteenuse osutamisega seatud riskide vähendamiseks välja töötama ja rakendama kvaliteedijuhtimise süsteemi. Kvaliteedijuhtimissüsteemideks on ravijuhised, mis aitavad selgitada arstiteaduse üldist taset- tähendab arstiteaduse sisulist teadmist ja nõuet konkreetse tervishoiuteenuse jaoks, milles peab sisalduma konkreetse valdkonna üldtunnustatud ravimeetod. Ravijuhise eesmärk on tagada ühe tervishoiuteenuse osutaja juures mingi kindla seisundi ravi ühesugusel viisil.⁹⁰ Ravijuhised on arstiteaduse üldise taseme kindlakstegemiseks, nad ei ole õiguslikult siduvad, sest nad ei ole õigusaktid.

On märgitud, et arstiteaduse üldine tase ei ole piiratud Eestiga, vaid peetakse silmas kogu Euroopa Liidu taset. Tuleb samuti arvestada tervishoiuteenuse osutamiseks kasutada olnud meditsiiniseadmeid ja ravimeid, ning sedagi, mille eest Eesti Haigekassa tasub.⁹¹

Üldtunnustamata meetodite kasutamise keeldu VÕS-is otseselt ei ole sätestatud. Küll aga on VÕS § 763 lg 1 sätestanud üldtunnustamata meetodi kasutamisele kaks täiendavat tingimust. Esiteks peab arstiteaduse üldise taseme kohane teenus omama halvemaid edukuse väljavaateid kui üldtunnustamata meetod. Teise tingimusena on vajalik patsiendi teavitamine ja nõusoleku saamine. Patsienti tuleb teavitada asjaolust, et kavandatav tervishoiuteenus on üldtunnustamata.

VÕS § 762 kohaselt on tervishoiuteenuse osutajal kohustus vajadusel patsient suunata eriarsti juurde. Kui suunamisvajadust ei tuvastata, võib see olla raviveaks .

Tervishoiuteenuse osutajal ei ole lepinguvälist kohustust osutada haigele tervishoiuteenust. Kohustus võib tekkida vaid juhul, kui esineb vahetu oht haige elule või tervisele ja see kohustus piirdub vahetu ohu kõrvaldamisega. Seega on tervishoiuteenuse osutajal kohustus

⁸⁹ Tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamise nõuded.SM 15.12.2004 nr 128.-RTL 2004 ,158,2376

⁹⁰ A.Nõmper.Lisandusi Riigikohtu lahendile 3-1-1-79-10.Juridica II 2011, lk 163

⁹¹ VÕS III kommenteeritud väljaanne, § 763, komm 3.1

tegutseda vastavalt üldisele käibekohustusele. Käibekohustuse all mõistetakse keeldu kahjustada oma käibetegevusega teisi isikuid.⁹²

Patsiendile lepinguväliste kohustuste raames tervishoiuteenust osutama asudes lasub tervishoiuteenuse osutajal käibekohustus kasutada vajalikke meetmeid patsiendi tervise ja elu kaitseks. Sisuliselt on tervishoiuteenuse osutaja käibekohustus patsiendile osutada tervishoiuteenust VÕS §-s 762 sätestatuga samaväärne. Kui tervishoiuteenuse osutamise käigus tekib haigele kehavihastus, tervisekahjustus või surm, on oluline küsimus, kas tervishoiuteenuse osutaja on järginud üldist käibekohustust. Deliktiõiguslikult on tervishoiuteenuse osutamise eesmärk hoiduda patsiendi surma, kehavigastuse või tervisekahjustuse põhjustamisest- seega on tervishoiuteenuse osutaja deliktiõiguslik kohustus patsiendile hoolsa tervishoiuteenuse osutamine. Kui tervishoiuteenuse osutaja pole järginud patsiendi ravimisel käibekohustust, siis on tervishoiuteenuse osutaja tegu või tegevusetud deliktiõiguslikult õigusvastane .

3.3.2. Teavitamiskohustuse ja teavitatud nõusoleku saamise kohustus

VÕS § 766 lg 1 kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja patsienti teavitama läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest.

Teavitatud nõusoleku käsitlemisel tuleb arvestada viie aspektiga: nõusoleku võimalikkusega, teavitamise, arusaamise, vabatahtlikkuse ja autoriseeringuga.⁹³

Vastavalt VÕSi § 766-le on tervishoiuteenuse osutajal kohustus patsienti teavitada tervishoiuteenuse osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest. VÕS § 766 lg 3 alusel ei tohi tervishoiuteenust osutada ilma nõusolekuta. Nõusolek on kehtiv juhul kui sellele on eelnenud patsiendi teavitamine.⁹⁴ Teavitamise eesmärk on anda haigele võimalus teavitatud otsustuseks, s.o ta mõistab, missugused on temale rakendatava ravi riskid ja võimalikud tulemused.⁹⁵

⁹² M.Käerdi ,T.Tampuu .VÕS § 1045, komm p 3.3.2

⁹³ A. Nõmper, J. Sootak.Teavitatud nõusolek saamise kohustus. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 64–87

⁹⁴ A. Nõmper. VÕS § 776, komm p 3.4

⁹⁵ A. Nõmper.VÕS § 76, komm p 3.1

Teavitamise ulatuse kriteeriumiks on mõistlik patsient.⁹⁶

Eristatakse kolme teavitamise liiki. Nende vastu eksimine toob kaasa õiguslikud tagajärjed.

1) Enesemääramisteavitamine – kaitstakse patsiendi otsustusõigust. Selle teavitamise puudumine viib ka omavolilisele ravile.

2) Majanduslik teavitamine – annab informatsiooni tervishoiuteenusega kaasnevatest kuludest ning võimalikest komplikatsioonimehhanismidest.

Teavitamise puudumine võib põhjustada varalise kahju patsiendile.

3) Eluviisiteavitamine – patsienti informeeritakse sellest, kuidas ta tervishoiuteenuse (ravi) järgselt peab käituma.

Kui patsienti pole teavitatud, võib ta teadmatusest käituda nii, et tema tervislik seisund halveneb. Sel juhul on tervise kahjustajaks teenuse osutaja.⁹⁷ Tervishoiuteenuse osutaja vastutab teavitamiskohustuse rikkumise eest lepingulisel alusel (VÕS § 770 lg 1).

3.3.3. Saladuse hoidmise kohustus

Tervishoiuteenuse osutaja saladuse hoidmise kohustus on sätestatud VÕS-i § 768-s:

(1) Tervishoiuteenuse osutaja ja tervishoiuteenuse osutamisel osalevad isikud peavad hoidma saladuses neile tervishoiuteenuse osutamisel või tööülesannete täitmisel teatavaks saanud andmeid patsiendi isiku ja tema tervise seisundi kohta, samuti hoolitsema selle eest, et käesoleva seaduse §-s 769 nimetatud dokumentides sisalduvad andmed ei saaks teatavaks kõrvalistele isikutele, kui seaduses või kokkuleppel patsiendiga ei ole ette nähtud teisiti.

(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud kohustuse täitmisest võib mõistlikus ulatuses kõrvale kalduda, kui andmete avaldamata jätmise korral võib patsient oluliselt kahjustada ennast või teisi isikuid.

VÕS-is pandud saladuse hoidmise kohustus ei kehti üksnes tervishoiuteenuse osutajale, vaid ka teistele isikutele, kes puutuvad kokku tervishoiuteenuse osutamisega (arstid, õed, ämmaemandad jne). Saladuse hoidmise kohustuse alla käivad ainult need asjaolud, mida tervishoiutöötaja on saanud teada oma kutsetegevuses.⁹⁸

⁹⁶ M.Käerdi, T.Tampuu. VÕS §766 komm p 3.1

⁹⁷ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 73–75

⁹⁸ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 91–103

Kindlasti teenib saladuse hoidmise kohustus arsti-patsiendi vahelist usaldussuhet .

VÕS-i § 768-s sisaldab kolm alust, millal võib arst saladuse hoidmise kohustusest kõrvale kalduda: seadus, kokkulepe patsiendiga ja teiste õigushüvede kaitse. Tsiviilkohtumenetluses ei tohi tervishoiutöötaja ütlusi anda, kui patsient selleks nõusolekut ei anna, ja kui patsient annab nõusoleku, siis on tervishoiutöötaja kohustatud ütlusi andma.⁹⁹ Arst, kes rikub VÕS-i § 768-s ette nähtud saladuse hoidmise kohustust, kannab tsiviilvastutust vastavalt VÕS-ile ja teda saab vastutusele võtta ka kriminaalkorras (KarS § 157 alusel).

3.3.4. Dokumenteerimiskohustus

Dokumenteeringiskohustuse järgimine on oluline , sest annab aluse kontrollida tervishoiuteenuse osutamise nõuetele vastavust . Dokumenteeringiskohustus on tervishoiuteenuse osutaja lepinguline kohustus. VÕS-i § 769 reguleerib seda järgmiselt: „Tervishoiuteenuse osutaja peab patsiendile tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohaselt dokumenteerima ning vastavaid dokumente säilitama. Patsiendil on õigus nende dokumentidega tutvuda ja saada neist oma kulul ära kirju, kui seadusest ei tulene teisiti.“

Dokumenteeringiskohustust võib jagada kolmeks:

1. dokumendi koostamise kohustus,
2. dokumendi säilitamise kohustus,
3. dokumendiga tutvumise võimaldamise kohustus.¹⁰⁰

Tervishoiuteenuse osutaja dokumenteerimiskohustusega tagatakse tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike andmete kogumine ja säilitamine ning tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi ja nõuete maksmapanemise võimalikkus.¹⁰¹ Dokumenteeringiskohustuse kohustatud subjektideks on tervishoiuteenuse osutaja ja tervishoiutöötaja, kes vastutab tervishoiuteenuse osutamise lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval isiklikult (VÕS§758 lg2). Tervishoiuteenust osutava juriidilise isiku dokumenteerimiskohustus seisneb eelkõige

⁹⁹ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 91–103

¹⁰⁰ A. Nõmper. Dokumenteeringiskohustus ja tervise infosüsteem. A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 103–116

¹⁰¹ M.Käerdi ,T.Tampuu.VÕS § 768 komm 1.

dokumenteerimise korraldamises (tehniliste ja infotehnoloogiliste vahendite tagamine) ja selle läbiviimise korraldamises (delikaatsete isikuandmete töötlemise loa taotlemine) juriidilise isiku juhtorgani poolt. Tervishoiutöötaja viib dokumenteerimise reaalselt läbi .

3.4. Tervishoiuteenuse osutaja lepinguline vastutus

Tervishoiuteenuse osutaja vastutuse tekkimise eelduseks on tervishoiuteenuse osutamise lepingust *tuleneva kohustuse rikkumine*.

VÕS-i § 770 sätestab järgmist.

(1) Tervishoiuteenuse osutaja ja käesoleva seaduse § 758 lõikes 2 nimetatud isik vastutavad üksnes oma kohustuste süülise rikkumise eest, eelkõige diagnoosi- ja ravivigade ning patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustuse rikkumise eest.

Vastutuse aluseks on tervishoiuteenuse osutaja kohustuse eiramine.

Tervishoiuteenuse osutaja vastutuse tekkimiseks on vaja tuvastada nii kohustuse rikkumine kui ka süü. Alles süü tuvastamine annab patsiendile võimaluse kasutada õiguskaitsevahendeid, nõuda kahju hüvitamist.¹⁰²

VÕS-i § 104 märgib süü vormideks hooletuse, raske hooletuse ja tahtluse. Tahtlus on õigusvastase tagajärje soovimine, s.t tervishoiuteenuse osutaja peab oma kohustusi sihilikult rikkuma. Hooletuse ja raske hooletuse korral ei riku tervishoiuteenuse osutaja oma kohustusi meelega, vaid kogemata, kuna ei olnud piisavalt hoolikas, et rikkumist ära hoida.

Kui on tuvastatud tervishoiuteenuse osutaja vastutus, võib patsient esitada nõudeid tervishoiuteenuse osutaja vastu. Olulisim on kahju hüvitamise nõue.

Kahjuhüvitise väljamõistmisel on vaja tuvastada kaks asjaolu: kahju tekkimine ja põhjuslik seos kohustuse rikkumise ja kahju tekkimise vahel.¹⁰³ Hüvitamisele kuuluv kahju võib tulenevalt VÕS-i § 128 lg-st 1 olla varaline või mittevaraline. VÕS-i § 770 lõike 2 alusel vastutab tervishoiuteenuse osutaja lisaks tervishoiutöötajate rikkumistele ka abistavate isikute tegevuse ja tervishoiuteenuse osutamisel kasutatavate seadmete vigade eest.

Tervishoiuteenuse osutaja vastutab ka organisatsiooniliste kohustuste rikkumise eest, kus patsiendile on tekkinud kahju tervishoiuteenuse osutaja ebapädevast töökorraldusest.

¹⁰² A. Nõmper. Tsiviilõiguslik vastutus. Raamatus A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 130–156

¹⁰³ A. Nõmper. Tsiviilõiguslik vastutus. A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 130–156

VÕS-i § 770 lõike 1 kohaselt vastutab lisaks tervishoiuteenuse osutajale ka VÕS-i § 758 lõikes 1 nimetatud isik: „Tervishoiuteenuse osutamisel osalev kvalifitseeritud arst, hambaarst, iseseisvalt tervishoiuteenust osutav õde või ämmaemand, kes tegutseb tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud töölepingu või muu sellesarnase lepingu alusel, vastutab tervishoiuteenuse osutamise lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult.“

Kohtupraktika analüüsi kohaselt on tervishoiuteenuse osutamise lepingust tulenevad kohustuse rikkumised seisnenud enamasti diagnoosi- või ravivigades.¹⁰⁴

3.4.1. Raviviga

Raviveaga on tegemist juhul, kui tervishoiuteenuse osutaja pole tegutsenud nii nagu see oleks kohane mõistlikule, kogenud ja kompetentsele spetsialistile¹⁰⁵ – kui arst jätab tegemata midagi, mis võib vähendada riski realiseerumise tõenäosust.

Diagnoosiviga on ebatäpne hinnang patsiendi tervislikule seisundile.¹⁰⁶ Diagnoosimine on esimene ja oluline samm haige edasiseks raviks. Vale diagnoosi tõttu võib järgneda patsiendi tegelikule tervislikule seisundile mittevastav ravi. Diagnoosiviga võib tähendada diagnoosi hilinemist, uuringutulemuste ebaõiget interpreteerimist, vananenud uuringutulemuste kasutamist.¹⁰⁷ Diagnoosivea ilmnemisel saab patsiendil tekkida nõue tervishoiuteenuse osutaja vastu vaid juhul, kui eksimuse tõttu tekib patsiendile kahju.

Riigikohus on menetlenud diagnoosiveaga seonduvat järgnevat kaasust.¹⁰⁸ Patsiendi (hageja) väitel tekkis talle mittevaraline kahju tervishoiuteenuse osutaja (kostja) poolt õige diagnoosi tegemata jätmisest (ehhinokokoosi mittediagnoosimine). Kostja hindas patsiendi seisundit valesti ja seetõttu oli ka valitud ravimeetod ekslik. Haigus jäi lõpuni ravimata, mistõttu arenes haigus edasi ning põhjustas hagejale hingelisi üleelamisi ja kannatusi. Kõike oleks saanud vältida kui kostja oleks haigust õigesti diagnoosinud ning sellest lähtuvalt ka korrektselt

¹⁰⁴ M. Lillsaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu, 2012, lk 28

¹⁰⁵ J. K. Mason, R.A. McCall. Õigus ja meditsiinieetika. Juura 1996, lk 104

¹⁰⁶ Medical dictionary. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://medical.dictionary.thefreedictionary.com/misdiagnosis> (02.05.2012)

¹⁰⁷ L.T. Kohn jt. To err is human: building a safer health system. The National Academics Press 1999. arvutivõrgus- <http://www.hapedu/catalog.php?record:id=9728#toc->

¹⁰⁸ Riigikohtu tsiviilkolleegium 08.04.2011. a otsus kohtuasjas nr 3-2-1-171-10, p16

ravinud. Riigikohus rõhutas, et haiguse diagnoosimata jätmine võis tuua kaasa haiguse süvenemise. Haiguse õigeaegse diagnoosimisega oleks saanud ennetada kopsutsüsti lõhkemist.

3.5. Deliktiline vastutus

Lepinguline regulatsioon ei välista deliktiõiguse paralleelset kohaldamist.

Deliktilise vastutuse aluseks on kaitstud õigushüve kahjustamine. Kaitstud õigushüveks on elu, tervis, vabadus, isiklikud õigused, omand jne.¹⁰⁹

Kui tervishoiuteenuse osutaja tegevuse tõttu patsiendi tervis halveneb, on tegemist õigushüve rikkumisega, tervishoiuteenuse osutaja poolse õigusvastase käitumisega (VÕS § 1045 lg 1 p 2). Vastutuse vältimiseks on tervishoiuteenuse osutajal vaja näidata, et tema käitumine on olnud õiguspärane, tegevus on viidud läbi arstiteaduse üldisel tasemel.

VÕS § 1045 lg 1 p 4 alusel on kehalise enesemääratlemise õiguse rikkumine (näiteks omavolilise ravi korral) õigusvastane. Viimase eelduse ümberlükkamiseks peab olema patsiendi nõusolek (VÕS § 1045 lg 2 p 2) või on lubatud sundravi (VÕS § 1045 lg 2 p 1).

Deliktiõiguse eesmärk on kahju heastamine kannatanule ehk kahjustatud isiku asetamine olukorda, mis oleks võimalikult lähedane olukorrale, milles ta oleks olnud, kui kahju hüvitamise aluseks olnud asjaolu ei oleks esinenud.

Tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahel on reeglina sõlmitud tervishoiuteenuse osutamise leping, seega on tervishoiuteenuse osutaja eksimused patsiendi ravimisel lepinguliste kohustuste rikkumised. Lepingu rikkumine ei ole õigusvastane tegu deliktiõiguse tähenduses. Samas võib tegu, millega tervishoiuteenuse osutaja rikub lepingut, olla samal ajal ka delikt. Nii võib tekkida tervishoiuteenuse osutaja kõrval lepinguliste ja deliktiõiguslike nõuete konkurents.¹¹⁰

¹⁰⁹ A.Nõmper, J.Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007- lk 136

¹¹⁰ T. Tampuu. Lepinguväliste võlasuhete õigus. Juura 2007, lk 116–117

Kannatanu ja kahjutekitaja vahelise lepingusuhte esinemisel on lepingulise vastutuse reeglid deliktiõigusliku vastutuse suhtes erisätet.¹¹¹ Pooltevahelise lepingulise suhte olemasolu korral tuleks lepingu rikkumisest tuleneva kahju hüvitamise nõue esitada lepingulisel alusel.¹¹² VÕS-i § 1043 on deliktiõigusliku nõude esitamise üldiseks aluseks. Teisele isikule (kannatanule) õigusvastaselt kahju tekitanud isik (kahju tekitaja) peab kahju hüvitama, kui ta on kahju tekitamises süüdi või vastutav kahju tekitamise eest vastavalt seadusele. Deliktilise üldkoosseisu eeldused on objektiivne teokoosseis (tegu, õigushüve kahjustamine ja nende vaheline põhjuslik seos), õigusvastasus ja süü. Kahju õigusvastasest põhjustamisest tuleneva deliktilise vastutuse kohaldamiseks peab hageja tõendama kostja teo, kahju põhjusliku seose kostja teo ja kahju vahel (objektiivse koosseisu) ning teo õigusvastasuse.¹¹³

Deliktiõigusliku vastutuse tekkimise esimeseks eelduseks on tegu, mille tagajärjel kahjustatakse isiku õigushüve. Isiku tegu, mis kahjustab teise isiku õigushüve, võib väljenduda kas tegevuses või tegevusetuses. Tegevuseks võib pidada igasugust aktiivset käitumist. Tegevusetus seisneb millegi tegemata jätmises, passiivseks jäämises olukorras, kus peaks tegutsema, et teisele isikule ei tekiks kahju.¹¹⁴

3.5.1. Põhjuslik seos

Tervishoiuteenuse osutaja teo ja patsiendi õigushüve kahjustamise kindlakstegemisele järgneb nendevahelise põhjusliku seose selgitamine. Põhjuslik seos on eelduseks deliktilise vastutuse tekkimiseks.¹¹⁵ Reeglina tabab deliktiline vastutus ainult tervishoiuteenuse osutajat, mitte tervishoiutöötajat, sest töötaja tegevus omistatakse tööandjale. Tervishoiutöötajat tabab deliktiline vastutus ainult siis, kui tema tegevus väljub tervishoiuteenuse osutajaga kokkulepitust.¹¹⁶

¹¹¹ M. Käerdi, T. Tampuu. VÕS § 1044, komm., p 3.2.1

¹¹² D. Sõritsa. Tervishoiuteenuse osutaja deliktiõiguslik vastutus. Magistritöö. Tartu 2012, lk 13

¹¹³ Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 20.04.2011. a otsus kohtuasjas nr 3-2-1-19-11, p 12

¹¹⁴ T. Tampuu. Lepinguväliste võlgasuhetest õigus. Juura 2007, lk 163

¹¹⁵ J. Spier (ed) Unification of Tort Law: Causation. Kluwer Law International 2000. The Hague, Netherlands

¹¹⁶ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007 lk 137

3.6. Näited kohtupraktikast

Vaatleme mõningaid näiteid maa- ja ringkonnakohtute praktikast.¹¹⁷ Enamasti on tervishoiuteenuse osutamise lepingu rikkumise tõttu nõutud kahju hüvitamist.

Tervishoiuteenuse osutamise lepingust tuleneva kohustuse rikkumine seisnes kohtupraktikas enamasti ravi- või diagnoosiveas. Mitmel korral leidsid kohtud, et tervishoiuteenuse osutaja on küll kohustatud tegema kõik vajaliku tulemuse saavutamiseks, kuid ta ei saa garanteerida soovitud tulemust.¹¹⁸

Näiteks tsiviilasjas nr 2-08-54082 esitas isik kohtule hagiavalduse tervishoiuteenuse osutaja ning arstide vastu mittevarelise kahju väljamõistmiseks. Hagiavalduse kohaselt tehti hagejale tervishoiuteenuse osutaja kliinikus operatsioon. Järgmisel päeval toimetati hageja kiirabiga raskes seisundis Ida-Tallinna keskhaiglasse, kus talle tehti erakorraline operatsioon ja seejärel paigutati ta intensiivravi osakonda. Hageja leidis, et tervisliku seisundi halvenemise põhjuseks oli kliinikus sooritatud operatsiooni käigus tekitatud siseorgani torkevigastus, mis on vaadeldav raviveana. Kohus jättis hagi rahuldamata. Ekspertide hinnangu kohaselt ei olnud tõendatud hageja väide, et tegemist oli torkevigastusega või et tekkinud vigastust saaks käsitleda raviveana. Kohus leidis, et ei ole tõendatud, et arsti tegutsemisviisi poleks kasutanud ükski teine tavaliste oskustega sama eriala esindaja. Kohus märkis, et kui isik läheb arsti juurde, siis ei ole arst kohustatud isikule rikutud tervist tagasi andma, vaid arst kohustub tegema arstikunsti võimaluste piires kõik võimaliku inimese tervise taastamiseks.¹¹⁹

On mõistetav, et tervishoiutöötajad ei saa alati teha patsiendi heaks kõike, mis on võimalik. Piirangud võivad tuleneda majanduslikust olukorrast (näiteks haigekassalepingud) või tervishoiukorraldusest. Ennekõike tuleks vastutus siduda küsimusega, kas tervishoiutöötaja käitumus nii nagu iga teine tervishoiutöötaja oleks käitunud. Silmas tuleb pidada ka patsiendi ravimisega seotud riske.¹²⁰

Tsiviilasjas nr 2-09-1960 käsitleti operatsiooniga kaasnevaid ajutisi kõrvalmõjusid. Asjaolude kohaselt tehti kostja haiglas hagejale operatsioon. Hagejal jäi ninahingamise takistus püsima ja tekkisid peavalu ning verejooks ninast. Seetõttu tehti hagejale Tartu Ülikooli Kliinikumi

¹¹⁷ M. Lillsaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012 lk 9-21

¹¹⁸ M. Lillsaar ja M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012 lk 9-21

¹¹⁹ Tartu maakohu 8. märtsi 2010. a otsus tsiviilasjas nr 2-08-54-082. Tartu Ringkonnakohtus jättis 6. detsembri 2010. a otsusega maakohu otsuse muutmata.

¹²⁰ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 130

kirurgi poolt uus operatsioon. Hagi esitamise hetkeks oli hageja paranenud ilma tüsistusteta, kuid hageja leidis, et on ilmne, et ilma korduva operatsioonita oleksid võinud talle tekkida rasked tüsistused, mistõttu hageja esitas hagi tervishoiuteenuse osutaja vastu, mittevavalise kahju väljamõistmiseks. Maakohus jättis hagi rahuldamata, leides, et raviviga ei saa järeldada asjaolust, et kostja haiglas teostatud operatsioon ei andnud (loodetud) tulemusi ning vajalik oli kordusoperatsioon.¹²¹ Ringkonnakohus leidis, et apellatsioonkaebuse väited ei anna alust kohtuotsuse tühistamiseks, märkides lisaks, et operatsiooniga hagejale kaasnenumid ajutised negatiivsed tagajärjed ei tähenda tervishoiuteenuse osutamise mittevastavust nõuetele.¹²²

Tsiviilasjas nr 2-03-817 käsitleti hageja ootusi haiguseelse elukvaliteedi taastumisele ja isiku osa oma tervisliku seisundi paranemisel. Hagejale tehti operatsioon mädapõletikulise tsüsti eemaldamiseks kopsust. Hageja leidis, et haiglas oli kohaldatud ebaõigeid ja põhjendamatuid ravivõtteid ning talle oli antud valesid ravimeid ning püsivalt rikunud hageja kehalist terviklikkust. Hageja soovis muu hulgas, et talle hüvitatakse moraalne kahju. Kuna AKEK ravivigu ei sedastanud, asus maakohus seisukohale, et arsti kasutatud ravivõtted olid põhjendatud ning jättis hagi rahuldamata. Lahendis leiti, et kohtu arvates on üldteadaolev asjaolu, et kui vanemaeline isik on oma elu jooksul põdenud erinevaid haigusi, manustanud nende haiguste ravimiseks raviarstide näidustustel erinevaid ravimeid ning isikule on tehtud muuhulgas ka keeruline operatsioon, nagu oli seda hagejale tehtud kopsuoperatsioon, ei saa isikul olla ootusi tal enne haigestumist olnud elukvaliteedi taastumisele 100 % ulatuses.¹²³

Õiguslalases kirjanduses on leitud, et ühe terviseprobleemi lahendamiseks võib olla mitu võimalust.¹²⁴ Ka tsiviilasjas nr 2-07-28689 leiti, et asjaolu, et hagejal diagnoositud haiguse raviks on mitu võimalikku raviviisi, ei tähenda, et tervishoiuteenuse osutaja poolt määratud ravi oleks olnud ebaõige. Hageja oli seisukohal, et kostja käitus hooletult, määrales hagejale vale diagnoosi ja ravi ning nõudis mittevavalise kahju hüvitamist. Kohus leidis 10. juuni 2009. a otsuses, et kuna AKEK-i hinnang hageja haigusele langes kokku kostja diagnoosiga, ei ole leidnud tõendamist hageja väide, nagu oleks määratud vale diagnoos. Hagejal on õigus käia

¹²¹ Harju maakohtu 3. märtsi 2010. a otsus tsiviilasjas nr 2-09-1960

¹²² Tallinna Ringkonnakohtu 18. Juuni 2010. a otsus tsiviilasjas nr 2-09-1960. Riigikohus jättis 24. jaanuari 2011. a määrusega tsiviilasjas nr. 3-7-1-2-576-10 ringkonnakohtu otsuste peale esitatu kassatsioonikaebuse menetlusse võtmata.

¹²³ Harju maakohtu 3. novembri 2006. a otsus tsiviilasjas nr 2-03-817

¹²⁴ A.Nõmper.Meditiiniõigus.Juura 2007, lk 130

mitmete arstide konsultatsioonidel või soovi korral ravil, kuid see ei anna alust arvata, et kostja diagnoos oleks olnud vale.¹²⁵

Järgnevad näited on seotud surma põhjustamisega ebakvaliteetse tervishoiuteenusest.¹²⁶

Tsiviilasjas nr 2-04-1856 esitas N.Z. hagi Sihtasutuse Narva Haigla vastu seoses asjaoluga, et ämmaemand manustas tema tütrele 2003. aasta oktoobris pärast sünnitust suukaudse glükoosi asemel veenisisesse süstina kaaliumkloriidi lahust, mille tagajärjel tütar suri. Hagi esitas N.Z. enda ja oma surnud tütre alaealiste laste nimel ja nõudis mittevahalise kahju hüvitist summas 1 000 000 krooni, märkides et selline hüvitis on määratud esile kutsuma neid positiivseid emotsioone, mis võiksid maksimaalselt leevendada negatiivseid muutusi hagejate psüühilises keskkonnas, mille põhjustasid nende poolt läbielatud hingepiinad, ning tagab täiel määral nende tekitatud mittevahalise kahju hüvitamise. Samuti leidis N.Z., et mittevahalise kahju hüvitis peab aitama kõrvaldada ebamugavust, mis tekitati talle seetõttu, et ta pidi otsima juriidilist abi ja pöörduma kohtusse, sest kostja keeldus nõude vabatahtlikust rahuldamisest.

Viru Maakohus jättis hagi rahuldamata ja selgitas muu hulgas VÕS § 134 lg 3 sisu: Seadusandja on [---] lähtunud muu hulgas põhimõttest, et inimese väärtust ei ole võimalik rahas mõõta ja et inimest ei ole eetiline rahaga „asendada“. Vastupidine regulatsioon tähendaks seda, et inimesele ja tema elule riputataks külge hinnasilt, mis näitab selle inimese ja tema elu väärtust riigi või lähedaste jaoks. Kohus pidas tavapäraseks, et hukkunuga analoogilises vanuses inimese surma tõttu võivad oma vanema kaotada väikesed lapsed ja märkis, et hoolimata situatsiooni traagilisusest konkreetsete laste jaoks, ei ole nendes sageli esinevates tagajärgedes midagi erandlikku. Tavapäraselt ei sure noored inimesed loomulikult, vaid õnnetustes või vägivalda tõttu ja sellega kaasnevad lähedastele paratamatult füüsilised ja hingelised kannatused. Kuid ainult see ei anna surmasaanu lähedastele õigust nõuda mittevahalise kahju hüvitamist. Maakohus oli arvamisel, et erandlik asjaolu on selline asjaolu, mis esineb just seoses surmasaanu lähedastega. Selleks, et õigustatud oleks mittevahalise kahju hüvitamine, peab isiku surm olema tema lähedase jaoks, arvestades konkreetseid objektiivseid asjaolusid, ka kõrvalistele isikutele äratuntavalt eriliselt ränk läbielamus. Näiteks võib erandlikuks asjaoluks olla see, kui isik tapetakse jõhkralt lähedase nähes ja juuresolekul, kui lähedasele jäetakse mulje, et ta oli kaasatud isiku surma põhjustamisse jne. Kohus leidis, et käesoleval juhul niisuguseid erandlikke asjaolusid ei

¹²⁵ Harju Maakohtu 10.juuni 2009.a. otsus tsiviilasjas nr. 2-07-28689

¹²⁶ M.Vutt.Lähedase isiku surma põhjustamisega tekitatud mittevahalise kahju hüvitamine.Tartu 2012

esinenud ja seega ei ole hüvitise väljamõistmine põhjendatud. Hageja esitas ka apellatsioonkaebuse, kuid ringkonnakohtus lõpetati asi kompromissiga.

Tsiviilasjas nr 2-06-17756¹²⁷

) nõudis hageja Lääne-Tallinna Keskhaiglast muu hulgas 15 977,91 euro (250 000 krooni) suurust mittevahalise kahju hüvitist seoses ema surmaga. Kaasuse asjaolude kohaselt hospitaliseeris kiirabi hageja 82-aastase ema 13. juulil 2003. a kõhuvaluga Lääne-Tallinna keskhaigla kirurgiaosakonda, kus talle tehti uuringud. Järgmisel päeval viidi patsient üle Põhja-Eesti regionaalhaigla Mustamäe korpuse üldkirurgia keskusesse, kus ta 17. juulil 2003. a suri. Lahangul tuvastati surma põhjustena äge üldine kõhukelmepõletik, ülemise soolekinnisti tromboos peensoole nekroosiga ning aordi ja südame pärgarterite ateroskleroos. Hageja leidis, et kostja rikkus tervishoiuteenuse osutamise lepingut: ei tuvastanud õiget diagnoosi ega määranud õigeaegselt õiget ravi.

Kohus jättis hagi tervikuna rahuldamata põhjusel, et raviviga ei olnud võimalik tuvastada. Mittevahalise kahju hüvitamise kohta märkis kohus, et lähedase isiku mittevahalise kahju nõude tekkimiseks ei piisa lihtsalt surma põhjustamisest faktist, vaid täiendavalt peab esinema nt afekti, post-traumaatilise stresshäire vms raske psüühilise seisundi tekkimine lähedasel isikul (sellisel juhul saab mittevahalise kahju tekkimist eeldada). Tallinna ringkonnakohtus nõustus Harju maakohu otsusega.

Tsiviilasjas nr 2-09-1724¹²⁸ nõudis hageja muu hulgas mittevahalise kahju hüvitamist summas 5 miljonit krooni solidaarselt AS-ilt Tallinna Kiirabi ja AS-ilt Lääne-Tallinna Keskhaigla. Nimelt suri hageja 20-aastane tütar ägeda septilise endokardiidi tõttu, kuna tema ravile ei pööratud väidetavalt piisavalt tähelepanu, sest ta oli narkomaan. Samuti heitis hageja kostjatele ette tütrele ebaõige diagnoosi (AIDS) panemist.

Hageja väidete kohaselt tekitasid arstid hageja tütrele valu ning hagejale ja teistele pereliikmetele moraalseid kannatusi ja kehalisi vaevusi (südame-veresoonkonna ja närvisüsteemi häired, allergia). Tütre kaotus tõi hagejale kaasa unetuse, peavalud, üldise väsimuse, keskendumisraskused, söögiisuhäired, depressioonihood ja enesetapumõtted. Hagejal ägenes krooniline maksahaigus, sagenes vererõhu tõus, tekkisid arütmia ja valud südamepiirkonnas ning nahalööve. Eriti raskelt mõjus hageja perele vale AIDS-i diagnoos – kõik olid šokis, mitmed tuttavad, sõbrad ja töökaaslased pöörasid hagejale selja, pere sattus täielikku isolatsiooni. Harju maakohus jättis hagi rahuldamata aegumise tõttu (sündmus leidis

¹²⁷ Harju Maakohu 10.mai 2011.a.otsus tsiviilasjas nr 2-06-17756

¹²⁸ Harju Maakohu 18.augusti 2011.1. otsus tsiviilasjas nr 2-09-1724

aset 2003. aasta aprillis, hagi esitati aga alles 2009. aasta jaanuaris), seega ei sisalda otsus kohtu seisukohta hagi rahuldamise võimaluste kohta juhul, kui see oleks esitatud õigeaegselt.

Teavitamiskohustust puudutavalt on maakohus näiteks tsiviilasjas nr 2-09-1960 märkinud, et tervishoiuteenuse osutaja ei või reeglina lubada patsiendi paranemist või operatsiooni edukust.¹²⁹

Teavitamiskohustuse rikkumine tuvastati tsiviilasjas nr 2-09-15036, kus hageja esitas hagi, milles palus tervishoiuteenuse osutajalt (kostja I) ja arstilt (kostja II) solidaarselt välja mõista varaline kahju ja õiglase hüvitis mittevarelise kahju tekitamise eest. Kostja II osutas plastikakirurgilist tervishoiuteenust kostja I-s. Hageja pöördus kostja I vastuvõtule palvega saada ilusaid prinke rindu. Konsultatsiooni käigus ei näinud kostja II rindade korrigeerimise operatsioonile vastunäidustusi ning operatsioon toimus. Vahetult operatsiooni eel andis kostja II hagejale pangarekvisiidid arve tasumiseks ja haiglast sai hageja teavituselehe. Operatsiooni tulemus ei vastanud hageja ootustele. Opereeritud rinnad ei olnud hagejale esteetiliselt vastuvõetavad. Hageja küsis teise esteetilis-plastilise kirurgi arvamust, mille käigus sai hageja teada, et proteesid oleks tulnud paigaldada teisel viisil, mis oleks hoidnud ära operatsiooni halva tulemuse. Hageja läks uuesti kostja II vastuvõtule, mille käigus kostja II korrigeeriva operatsiooni vajadust ei näinud. Hageja pöördus TKE poole. Komisjoni hinnangu kohaselt oli operatsioon teostatud vastavalt tehnilistele nõuetele, kuid esteetiline külg jättis soovida. Komisjon märkis ka seda, et 100% lõpptulemuse prognoos ei ole võimalik, sest seda mõjutavad patsiendi anatoomilised ja füsioloogilised iseärasused ja taastumisvõime, valitud kirurgiline meetod ei osutunud otstarbekaks, seega peaks kostja II tegema tasuta korrigeeriva operatsiooni. Teine tervishoiuteenuse osutaja tegi hagejale korrigeeriva operatsiooni, mille käigus eemaldati kostja paigaldatud proteesid ja paigaldati uued implantaadid, kasutades teist kirurgilist meetodit.

Kohus leidis, et hagi on põhjendatud ja kuulub rahuldamisele osaliselt. Patsiendile tehtud operatsiooni puhul oli tegemist esteetilis-plastilise kirurgiaga, mille puhul on operatsiooniga saavutatav esteetiline tulemus patsiendile oluline, seega pidi kostja erilise hoolega suhtuma patsiendile teabe andmise kohustusse ning selgitama patsiendile erinevaid võimalusi patsiendi oodatava esteetilise tulemuse saavutamiseks. Kostja vastutuse alusena tuleb käsitleda mitte hageja arvates soovitud tulemuse teostamata jätmist, vaid patsiendi igakülgsest teavitamata jätmist, millest tulenevalt ei olnud hageja valitud kirurgiline meetod edukas. Kostja oleks

¹²⁹ Tallinna Ringkonnakohtu 18.06.2010 otsus tsiviilasjas nr 2-09-1960

pidanud teostama operatsiooni oma erialaseid oskuseid silmas pidades ning selgitama hagejale põhjalikult erinevaid operatsioonimeetodeid ning valiku ohtusid. Enamgi veel, käsundisaajal on VÕS § 621 lg 3 sätestatud kohustus juhtida hageja tähelepanu juhistes antu järgimise ebasoodsale tagajärjele. Kohus leidis, et kostjad ei juhtinud piisavalt hageja tähelepanu kahjuliku tagajärje saabumise võimalikkusele ning seega on nad VÕS § 770 lg 1 järgi solidaarselt vastutavad hoolsuskohustuse rikkumise eest. Kohus rahuldab isiku varalise kahju hüvitamise nõude.¹³⁰

Enamasti on nõutud tervishoiuteenuse osutamise lepingu korral kahju hüvitamist – nii varalise kui ka mittevaralise kahju hüvitamist.

Tsiviilasjas nr 2-09-15036 esitas isik hagi, milles palus tervishoiuteenuse osutajalt (kostja I) ja arstilt (kostja II) solidaarselt välja mõista muu hulgas varaline kahju 85 100 krooni, kuna rindade suurendamise operatsiooni tulemus ei vastanud hageja ootustele ja hageja pidi nimetatud summa eest tegema uue operatsiooni. Varalise kahju hüvitamise nõude kohta märkis kohus, et hageja kandis kulutusi esimesele operatsioonile summas 59 421 krooni ja teisele operatsioonile summas 85 100 krooni. Kohus tuvastas kahju hüvitamise eeldused ja leidis, et asjas on oluline välja selgitada, mida pidada kahju tekkimisele eelnevaks olukorraks. Juhul, kui kostjad ei oleks lepingut rikkunud, s.t oleksid andnud hagejale igakülgselt informatsiooni, oleks tõenäoline, et hageja oleks teinud otsustuse, mille tulemusena oleks talle tehtud nii rinna suurendamise kui ka rinna tõstmise operatsioon. Seega tuleb hageja kahjuna käsitleda esimese operatsiooni kulusid ning kostjatelt tuleb 59 421 krooni solidaarselt hageja kasuks välja mõista.¹³¹

Kahju hüvitamise nõude rahuldamiseks peab olema tõendatud põhjuslik seos teo ja kahju vahel. VÕS § 770 lg-s 4 on sätestatud eeldus, mille kohaselt, kui on tuvastatud raviviga ja kahju, mida tavaliselt saab vältida, siis eeldatakse, et kahju tekkis vea tagajärjel.

Põhjusliku seosega seonduvat on käsitletud tsiviilasjas nr 2-05-3766, kus hageja oli esitanud hagiavalduse kostja vastu kahju hüvitamise nõudes. Avalduse kohaselt pani kostja hambaarstina hambaproteesid kõigile hageja hammastele. Töö tehti ebakvaliteetselt – arst ei veendunud, kas hambad on terved, alumised proteesid olid ebaühtlased, osad olid kaldu, osad väikesed ja erineva suurusega. Poole aasta pärast hakkasid proteesid lagunema, neid tehti ringi, pandi tagasi, kuid nad ei seisnud kaua, mistõttu neid jälle parandati. Seejärel hakkasid hambad valutama. Hageja pöördus hambaarsti poole, et viimane võtaks ära kõik proteesid ja

¹³⁰ Harju maakohtu 15. veebruari 2010. a otsus tsiviilasjas nr 2-09-15036

maksaks kinni kõik kantud kulud. Arst leidis, et tema ei ole süüdi, kuna tema proteese ei teinud ja hambad olid probleemsed. Seejärel läks hageja teise hambaarsti juurde, kus hakati hambaid ravima. Hageja pöördus ka AKEK-i poole, mis tunnistas hageja kaebuse kostja puuduliku taseme ja ebakvaliteetse töö kohta põhjendatuks. Maakohtu otsusega hagi rahuldati. Kohus leidis, et antud juhul tuleb kahjulikuks tagajärjeks pidada olukorda, kus hageja hammastel ei ole tavapärasest funktsionaalsust ning et hambad on sellises seisundis, et kostja paigaldatud proteesid hammastel ei püsi ning hageja hammastele ei ole võimalik paigaldada ka uusi samatüübilisi proteese. Proteeside ebanormaalse irdumise põhjuseks oli hammaste ravimata jätmine koos ebakvaliteetse proteesimisega, seega on kahju tekkimine põhjuslikus seoses kostja tegevusega.¹³²

Tsiviilasjas nr 2-09-15036, kus tegeldi rindade korrigeerimise operatsiooniga seotud probleemidega, tõusetus ka küsimus deliktiõiguse kohaldamise kohta. Kohus leidis, et tervishoiuteenuse osutamise leping ei kaitse hagejat mittevahalise kahju tekkimise vastu olukorras, kus tervishoiuteenuse lõpptulemus ei ole esteetiliselt vastuvõetav. Esteetiliselt ebasobiv tulemus ei ole kehavigastus. Kohus asus seisukohale, et asjaolu, et rinnaproteeside paigaldamine oli märgata, tuleb käsitleda kui inetuks tegevat tervisekahjustust, mitte kui kehavigastust ja hageja mittevahalise kahju nõue on reguleeritud VÕS § 1044 lg 3 järgi.¹³³

Riigikohtu analüüsi põhjal tuleb tõdeda, et kohtusse jõudvate asjade arv on tegelikult väga väike. Suur osa rikkumistest ei jõuagi kohtusse, vaid lahendatakse kas kohtuväliselt või on isik üldse loobunud igasuguse nõude esitamisest. Patsiendil on tsiviilkohtumenetluses tervishoiuteenuse osutaja kohustuse rikkumist küllaltki raske tõendada. Sellest tulenevalt võiks arvata, et suureneb avalduste hulk kriminaalmenetluse algatamiseks tervishoiuteenuse osutamisega seotud asjades. Hetkel kohtupraktikas selliste kriminaalasjade tõusu pole täheldatud. Tegelikult pole ka ülevaadet, kui palju on vastavaid avaldusi üldse esitatud.¹³⁴

3.7. Tsiviilõigusliku vastutuse roll arsti vastutuses

A. Nõmper võttis oma artiklis kokku Eesti võlaõigusseaduse esimesed kümme aastat.¹³⁵ Ta rõhutab, et Eestis on arsti vastutuse kohtukaasuste arv olnud väga väike. Ta seostab arstlikku

¹³² Viru Maakohtu 18. juuni 2007. a otsus tsiviilasjas nr. 2-05-3766

¹³³ M. Lillsaar ja M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu 2012, lk 18

¹³⁴ M. Lillsaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Kohtupraktika analüüs. Tartu 2012, lk 21

¹³⁵ A. Nõmper A. Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst (2012), 91 (7), lk 376–378

tegevust puudutavate kohtukaasuste arvu vähesust sellega, et pooled eelistavad omavahel kokku leppida ja mitte kohtus võidelda. Samuti toob A. Nõmper välja, et patsiendil on kohtus väga raske ja kallis mittekvaliteetset ravi tõendada.

Õigusliku vaidluse pidamise mõttekust mõjutab palju ka see, missuguseid kahju hüvitise summasid on patsiendil võimalik saada ehk kui palju Eesti kohtud patsiendi kasuks välja mõistavad. A. Nõmper nendib, et siin on Eesti kohtud väga tagasihoidlikud, pigem arstisõbralikud. Neid summasid pole kunagi välja mõistetud arstilt, vaid juriidiliselt isikult, kelle juures arst töötab. A. Nõmper rõhutab, et Eesti meditsiinilise tegevuse puhul saab pigem rääkida haigla vastutusest kui arsti vastutusest.

Käesoleva uurimuse autor nõustub A. Nõmperi ettepanekuga jätta VÕS § 758 lõikes 2 märgitud arsti isiklik vastutus seadusest välja („Tervishoiuteenuse osutamisel osalev kvalifitseeritud arst, hambaarst, iseseisvalt tervishoiuteenust osutav õde või ämmaemand, kes tegutseb tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud töölepingu või muu sellesarnase lepingu alusel, vastutab tervishoiuteenuse osutamise lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult.“), kuna reeglina ei vastuta arst ainuisikuliselt, vaid tervishoiuteenuse osutaja, kellega arst on tööalases suhtes.

Siinkohal tuleb rõhutada, et meditsiin tänapäeval ei ole lihtsalt arsti ja patsiendi suhe, vaid tervishoiuteenus, mida osutab tervishoiuteenuse osutaja, kasutades erinevaid arste, ravimeid, seadmeid jms. A. Nõmper märgib arsti vastutuse kohta: „Eesti praegune vastutuse süsteem on keskendunud süüdlase otsimisele.“

Esiteks näeb meie võlaõigusseadus ette, et ravivea korral on arstil personaalne vastutus, kuid see on ebatavaline, sest tavaliselt, kui töötaja midagi valesti teeb, vastutab ainult tööandja. Teiseks näeb süsteem ette, et tuleb hakata kohtu kaudu kellegi süüd tuvastama, mis omakorda paneb selle isiku, keda süüdistatakse, automaatselt kaitsepositsiooni, ehk kõike seda, mida haigla või arst võiks juhtunu kohta öelda, hakatakse tema enda vastu kasutama. Praegune süüdlase otsimise süsteem on kaasa toonud selle, et Eestis ei raporteerita ravivigadest ja igasugune vigadest õppimine on välistatud vaid sellepärast, et nendest ei saa lihtsalt rääkida.¹³⁶

¹³⁶ Meditsiiniõiguse ekspert: Eesti praegune kutsalase vastutuse süsteem on keskendunud süüdlase otsimisele. Eesti Arst 2013;92(10), lk 549–551

Tervishoiuteenuse osutaja vastutuse reguleerimisel on võimalik valida kahe mudeli vahel.¹³⁷ Esimene mudel on süüline mudel, mille kohaselt tervishoiuteenuse osutaja vastutuse tekkimiseks on lisaks kohustuse rikkumisele vaja tuvastada ka süü (VÕS § 770 lg 1). VÕS kehtestab tervishoiuteenuse osutaja süüalise vastutuse põhimõtte, mille kohaselt kohustust rikkunud poole süüline käitumine on lepingulise vastutuse üheks eelduseks. Kui tervishoiuteenuse osutaja kohustuse rikkumine ja süü on tuvastatud, siis võib patsient õiguskaitsevahendeid kohaldada. Olulisim on kahju hüvitamise nõue, kuid võib esitada ka lepingu täitmisenõude. Kahju hüvitamise väljamõistmiseks peab kohus täiendavalt tuvastama kahju tekkimise ning põhjusliku seose kohustuse rikkumise ja kahju tekkimise vahel.

Lisaks süüalisele mudelile on võimalik kohaldada mittesüülist mudelit. Viimast Eestis rakendatud ei ole. Selle mudeli kohaselt maksab tervishoiuteenuse osutaja kohustuse rikkumise hüvitise selleks spetsiaalselt loodud organisatsioon, mida rahastatakse kas tervishoiuteenuse osutajate liikmemaksudest, või riigi poolt eraldatud ressurssidest.¹³⁸ Eesti õiguses on arutletud tervishoiuteenuse osutaja vastutusmudeli üle. A.Nõmper on teinud ettepaneku muuta vastutus mittesüüaliseks.

Mittesüüalise mudeli kasuks võiks nimetada alljärgnevaid argumente:

- 1) Mittesüüalises süsteemis hüvitatakse patsiendile tekkinud kahju riiklikul tasandil, seega puudub tervishoiuteenuse osutajal motiiv oma tegu eitada. Selline lähenemine võiks suurendada usaldust tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahel.¹³⁹
- 2) Mittesüüline mudel aitaks parandada ravi kvaliteeti. Esiteks tervishoiuteenuse osutajad tunnistavad eksimusi ja otsivad lahendusi nende vältimiseks edaspidi. Teiseks, kuna haiglatel ei ole eraldi eelarvet kompensatsioonide maksmiseks, tuleks see muude kulude arvelt.¹⁴⁰

¹³⁷ A.Nõmper, Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst 2012, 91, 7, lk 378

¹³⁸ A.Nõmper. Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat : arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst 2012, 91, 7, lk 378

¹³⁹ A.Nõmper. Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst 2012, 91, 7, lk 378

¹⁴⁰ Ida-Viru keskhaigla ja maolõikuse ohvrid vaidlevad raha üle. Arvutivõrgus. Kättesaadav:

<http://www.epl.ee/news/eesti/ida-viru-keskhaigla-ja-maoloikuste-ohvrid-vaidlevad-raha-ule.d?id=66039292> (27.02.2015)

Arstide vastutuse reguleerimisel on erinevad riigid läinud erinevaid teid. Vaatleme mõningaid näiteid järgmises peatükis.

4. Arstide vastutus – rahvusvahelised näited

Kuna piiriülene mobiilsus nii arstide kui ka patsientide osas tõuseb ja meditsiinieksimused näitavad samuti tõusutendentsi, on oluline vaadata, kuidas arstide vastutuse küsimused on lahendatud teistes Euroopa riikides.

Euroopa juriidilised süsteemid, mis puudutavad meditsiinilist vastutust, on väga erinevad: Rooma õigussüsteem, tsiviilõigussüsteem (*civil law* – iseloomulik enamusele kontinentaaleuroopa maadele) ja anglosaksi *common law* süsteem (kehtib Inglismaal ja Iirimaa). Inglise õigus on näide *common law* süsteemist, milles toimub regulatoorse instrumendi redutseeritud kasutamine.

Meditsiinvastutuse aspektist eeltoodud juriidiliste süsteemide analüüs ei ole piisav, kuna enamuses Euroopa maades puudub nn. ad hoc seadusandlus.¹⁴¹

Euroopa juriidiliste süsteemide analüüs näitab, et meditsiinilistest eksimustest tekkivad kahjud võivad saada käsitletud karistusõiguse, tsiviilõiguse või administratiivõiguse alusel, sõltudes spetsiifilistest asjaoludest.

Mõnedes maades (Prantsusmaa, Hispaania, Holland) on meditsiinvastutus reguleeritud nii eraõiguse kui ka administratiivõiguse poolt, sõltudes sellest, kas kahjustus, mille arst tekitas toimus era- või riigihaias.¹⁴²

Meditsiinilise vastutuse aspektist on fundamentaalseks kriteeriumiks eksimuse/vea olemasolu. Just meditsiini vea määratlemise aspektist saab erinevaid riike vaadelda. Esmalt on vaja identifitseerida, mille baasil viga/eksimus määratletakse.

Meditsiiniline vastutus on seotud kahe peamise elemendi olemasoluga:

¹⁴¹ J.M. Grossen, O. Guilloid 1983 Medical malpractice law: American influence in Europe? Boston Coll Int Comp Law Rev, 6,1, lk 49-60

¹⁴² P. Frati, M. Gulino European Legislative and Juridical Overview in S.D. Ferrera (ed.) Malpractice and Medical Liability 2013 Springer-Verlag Berlin Heidelberg lk 69-91

- 1) meditsiiniabi tunnustatud standardid ja vea määratlemise piirid (kui arsti tegevus on mittekohane aktsepteeritud standarditest lähtudes);
- 2) tõendamiskohustuse regulatsioon, kaasa arvatud tõendamiskohustusega seotud sisu.

Haige õigus kompensatsioonile tekib vaid sel juhul, kui arst on süüdi. Arsti teguviis võib olla kas tegu või tegevusetus. Enamasti loetakse tegevust valeks ja süüliseks, kui see on lohakas/hooletu või ärahoitav. Viga on seega aluspunktiks patsiendi kaebuses kas lepingust lähtuvalt või õigusrikkumises.

Esimesel juhul on viga kõrvalekaldumine abi standardist (seotud arsti hüpoteetilise ettevaatlikkuse ja töökusega, nagu teatud liiki hea praktika reegel ette näeb). Teisel juhul on viga käsitletav patsiendi suhtes õiguserikkumisena (näiteks ebakorrektnel informeerimine – informeeritud nõusoleku puudulikkus). Mis puutub abi standardisse, siis arst peab täitma oma kohustusi ettevaatusega, vastavuses kaasaja meditsiini standarditega. Arst peab patsienti informeerima korrektselt ja täpselt.

4.1. Lepinguline ja mittelepinguline vastutus teistes riikides

Euroopa juriidiliste süsteemide analüüs¹⁴³ näitab, et lepingu ja süüteo, mittetäitmise ja õigusrikkumise, samuti lepingulise vastutuse ja mittelepingulise vastutuse eristamine on oluline meditsiinilise vastutuse asjakohasuse aspektist. On juriidilisi süsteeme, mis reguleerivad meditsiinilist vastutust karistusseaduse alusel, teised aga teevad seda lepinguseaduse alusel. Itaalias on domineeriv lepinguõigus. Samas Austrias, Saksamaal ja Inglismaal paigutub meditsiiniline vastutus nii lepingulise kui ka mittelepingulise seaduse alla.¹⁴⁴

Karistusseaduse eesmärk on vältida seadusvastaseid tegusid. Lepingulisel vastutusel on eesmärk taastada osapoolte huvid vastavalt reeglitele. Kui lepingulise vastutuse menetlus toetab patsiendi positsiooni, siis lepinguvälise vastutuse menetlus tugevdab arsti positsiooni (inimene, kes läheb kohtusse, peab tõendama süüfakte).

¹⁴³ P. Frati, M. Gulino. European Legislative and Juridical Overview in S.D. Ferrara (ed.) *Malpractice and Medical Liability*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013. Lk 69–91

¹⁴⁴ P. Frati, M. Gulino. European Legislative and Juridical Overview. Ed S.D. Ferrara. *Malpractice and Medical Liability. European State of the Art and Guidelines*. Springer Berlin Heidelberg 2013. Lk 74–75

Kaks õiguslikku raamistikku erinevad ka eksimuse/vea profiili poolest. Lepingulises vastutuses eeldab viga lepingutingimuse rikkumist ehk vale tegevust/sooritust. Lepinguvälise vastutuse korral baseerub viga printsiibi respektierida üldist kohustust teisi mitte kahjustada eiramises. Teiste sõnadega, sellest printsiibist lähtudes peab iga isik, kes põhjustab teisele ülekohtuselt kahju kas tahtliku või hooletu teo läbi, ohvrile kompenseerima tekitatud kahju.

Euroopa juriidilistes süsteemides püütakse viimastel aastatel garanteerida patsiendile (kui nõrgemale isikule) privilegieeritud positsioon, kaitstes ennekõike patsiendi huve. Kui mõnedes maades kaitstakse patsiendi huve kohtueelses faasis spetsiifiliste seadustega, siis teistes riikides käivitub kaitse kohtuprotsessi käigus, kui patsient vabastatakse tõendamiskohustusest.

4.2. Tegevuse standardi määratlemine

Arsti eksimuse kindlakstegemiseks on vaja analüüsida/uurida tema käitumist spetsiifilise ravi läbiviimisel. Arst on süüdi, kui ta ei järgi ravimisel nõutavaid standardeid. Arstil peavad olema teadmised ja kompetents, et garanteerida patsiendile heal tasemel ravi.

Tegevuse standard määratletakse Itaalias, Prantsusmaal ja Hispaanias kui *bonus pater familias* (otsetõlkes „perekonna hea isa“). Suurbritannias ja Skandinaaviamaades mõeldakse mõistliku arsti standardi all aktsepteeritud meditsiinilist teadmist (*ars medica*). Ilmselt tähendab aktsepteeritav meditsiiniline teadmine ravi tegemise hetkel teadaolevat, mitte aga tulevikus lisanduvaid uusi raviviise.

Huvitav on märkida, et Saksamaal, Austrias ja saksa keelt rääkivas Šveitsis kaalutakse ühelt poolt haige õigust saada kompensatsiooni arsti õiguse kohustusega alati tegutseda teadusest ja südametunnistusest lähtudes.¹⁴⁵ Teiste sõnadega tähendab see seda, et arst ei pea lähtuma teiste arstide ettekirjutustest – rõhutatakse arsti enese vastutust ja iseseisvust.¹⁴⁶ Lähtutakse printsiibist, et õiglane meditsiiniline tegevus on oma olemuselt sama vaba nagu muu teadustegevus. Samas Suurbritannias peetakse eksimuste sedastamisel oluliseks juhendite rolli, nende järgimist.

¹⁴⁵ P. Frati, M. Gulino. European Legislative and Juridical Overview 2013. In S.D. Ferrara (ed) *Malpractice and Medical Liability*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, p. 69–91

¹⁴⁶ B. Hurwitz (1995). Clinical guidelines and the law: advice, guidance or regulation? *J. Eval Clin. Pract.* 1 (1) p. 49–60

4.3. Tõendamiskohustus erinevates riikides

Mittelepingulise vastutuse korral peab haige demonstreerima arsti viga, põhjuslikku seost ja kahjustust, mis on tekitatud. Patsient on kahtlemata siin nõrgemas olukorras, kuna peab tõendama kahjustuse tekitamist. Euroopa juriidilistes süsteemides on põhjusliku seose uurimine teostatav erinevate protseduuridega, sõltudes sellest, kas uuringut tehakse tsiviilprotsessis või karistusprotsessis. Kahjustatud isikud soovivad valida pigem tsiviilprotsessi. Tsiviilõigus kohaldab nn võimalikkusteooriat eesmärgiga vastata küsimusele, kas on tegemist veaga või mitte, „pigem jah kui ei“ formuleeringust lähtudes ja seepärast on tõenduse kindlusaste madalam.

Vastupidi on karistusõiguses – siin peab positiivne vastus olema formuleeritud „väljaspool igasugust kahtlust“ ja on seega oluliselt tugevama kindluse astmega. Kui tsiviilõiguses on põhjuslik seos tõendatud kõrgemal tasemel kui 50%, siis karistusõiguses peab kindlus olema 100% lähedal.

Viimase aastakümne jooksul on Euroopa juriidilistes süsteemides kasvanud huvi meditsiinivigade käsitlemise erinevate võimaluste suhtes. Uus lähenemine Euroopa juriidilise süsteemi kategoriseerimiseks toob välja kaks erinevat süsteemi: kohtusüsteemid ja administratiivsed süsteemid.¹⁴⁷ Kohtulik süsteem kui õiguslik süsteem on selline, kus patsiendi kaebused lahendatakse peamiselt kohtus. Enamuses Euroopa riikides on kohtulik süsteem: Itaalias, Hispaanias, Portugalis, Saksamaal, Prantsusmaal, Leedus, Slovakkias jm. Neis maades puuduvad administratiivsed protseduurid (nagu on näiteks Rootsis) ja kohtuasjade arv on kõrge. Patsiendid puutuvad kokku paljude takistustega, kohtukulude ja lisaks ka kogu kohtuprotsessi stressiga.

Administratiivne süsteem on õigussüsteem, milles patsiendi kaebused lahendatakse administratiivsete protseduuride abil. Euroopas on tüüpilised administratiivsüsteemi näited Rootsi (patsientide kindlustussüsteem, *Patient Insurance Scheme*), Inglismaa (NHS Litigation Authority) ja Prantsusmaa (ONIAM).¹⁴⁸ Patsiendi kompensatsiooni saamine otsustatakse ilma kohtuta.

¹⁴⁷ K. Essing 2008. Medical liability alternative ways to court procedures: In European conference the evergrowing challenge of medical liability: national and European responses

¹⁴⁸ Ed. S.D.Ferrara. Malpractice and medical liability. Springer-Verlagen, Berlin, Heidelberg 2013. lk 79–80

Administratiivse süsteemi eesmärk ei ole karistamine. Seda võiks käsitleda nn mittesüülise süsteemina. Administratiivsüsteemi rakendamise näited on ka Austraalia ja Uus-Meremaa.¹⁴⁹

Teine huvitav näide on Saksamaa, kus regionaalsed arstide kohad on loonud spetsialistide paneelid, et uurida patsientide kaebusi. Nende paneelide tegevust reguleerivad nende oma statuudid. Erinevus nn kohtulikust süsteemist on see, et kohtu kaasamine ei ole vajalik.

4.4. Kompensatsioonisüsteemid

Kompensatsioonisüsteemid on kasutusel erinevad erinevates riikides. Enamasti lähtub kahjustuse kompenseerimine põhjusliku seose demonstreerimisest kahjustuse ja arsti tegevuse vahel.

Administratiivsüsteemidel ei ole karistavat eesmärki. Tähelepanu fokuseeritakse kahju kannatanud patsiendile. Seega oleks neid süsteeme õigem nimetada mittesüüliseks nagu see eksisteerib Rootsis.¹⁵⁰

1971. aastal algatati Rootsis täiesti erinev lähenemine meditsiiniõnnetustesse/vigadesse. Mudelit hakati kasutama ka teistes Põhjamaades. Põhimõtteliselt ei muutnud süsteem vastutuse reegleid, kuid lisati kindlustuskaitse. Haiglad võtavad patsientide huvides kindlustuskaitse. Kui juhtub midagi, mis muu jurisdiktsiooni aspektist võib viia vastutusele, pöörduvad haigla ja haige koos kindlustuskompanii poole kompensatsiooni saamiseks. Eelis on see, et ei haiget ega haiglat ei suruta kohtuprotsessi. Kahtlemata pole kohtuskäimine omavaheliseks suhtlemiseks positiivne viis. Samas tuleb märkida, et selle lahenduse negatiivseks aspektiks on süsteemi kulukus.

On väljendatud ka kahtlust, kas Põhjamaade mudel on piisavalt avatud, et kohanduda uute arengutega nii meditsiinitehnikas kui ka ühiskonna ideoloogiates, ehk kes kannab vastava riski. Nn mittesüüline süsteem, mis toimib mitmetes OECD riikides – Rootsis, Soomes, Uus-Meremaal, Kanadas (Quebecis) ja Austraalias –, säilitab tõendamise vajalikkuse.

Eksimuse kompensatsioon eeldab põhjusliku seose olemasolu ravi ja patsiendile tekitatud kahju vahel. Süsteem lubab patsiendil saada kompensatsiooni arsti süü tõendamiseta. Selle

¹⁴⁹ M.M. Bismark, B.A. Troyen, B.D. Peter, D.M. Stuffert 2006. Claiming behaviour in no fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non claimants. Med. J Aust. 185: 203–207

¹⁵⁰ K. Pukk-Härnström, J. ASK, M. Brommels, J. Thor, R.V. Penaloza, F.A. Gaffney (2008). Analysis of 23 364 patient-generated, physician-reviewed malpractice claims from a non-tort, blame free, national patient insurance system: lessons learned from Sweden. Qual Saf Health Care 17(4): 259-263. LoI: 10.1136/pgmj.2008.070326

asemel, et arste hirmutada standardist madalama tegevuse eest karistamisega, püüab süsteem arste julgustada koostööle, et välja selgitada kahjustuse põhjused.

Kuigi mittesüülisel süsteemil erinevad riigiti, on peamiseks ideeks elimineerida kompensatsioonisüsteemist eksimused või süü. Püütakse muuta kompensatsiooni taotlemise süsteemi patsientidele lihtsamaks.

Rootsi süsteem oli kuni 1975. aastani süüline süsteem. Selgus, et süsteem ei toetanud ohvritele kompensatsiooni saamist. Enne 1975. aastat esitati umbes 10 taotlust aastas. Ravikahjustused üldiselt võttes ei kvalifitseerunud kompensatsiooni saamiseks.¹⁵¹ 1970-ndatel loodi Rootsis sotsiaalkindlustuse süsteem, mis katab mittesoovitavaid tulemusi tervishoius. Sotsiaalkindlustus katab ohvrite ja perekondade meditsiinikulud, sissetuleku kaotuse haigusest või kahjustusest, sõltumata põhjusest. 1975. aastal loodi patsientide kompensatsiooni kindlustus (*patient compensation insurance* – PCI), mis pidi tagama lisakindlustuse meditsiinkahjustuste eest. PCI on vabatahtlik kindlustusprogramm, mis tagab meditsiinkahjustuste ohvritele kompensatsiooni ilma süü tõendamiseta. Kui patsient ei ole kompensatsiooniga rahul, on tal õigus pöörduda kohtusse. PCI on lisa üldisele sotsiaalkindlustuse süsteemile.

Mittesüülisel süsteemis peab kompenseeritav ravikahjustus olema tekkinud meditsiinilisest või tervishoiutegevusest ja on olemuselt füüsiline. Ravist tingitud kahjustuse korral saadav kompensatsioon lähtub kolmest faktorist:

- 1) peab olema otsene seos tervishoiuteenuse osutamise ja kahjustuse vahel;
- 2) ravi ei olnud meditsiiniliselt põhjendatud;
- 3) kahjustust oleks saanud vältida, kui haiget oleks teisiti ravitud.

Seega kompensatsioon on sõltuv sellest, et kahjustus on põhjustatud meditsiinilisest tegevusest.

PCI kompenseerib järgmisi kahjustusi:

- 1) raviga tekkinud kahjustused;
- 2) kahjustused, mis on tingitud diagnostilistest vahelesegamistest;
- 3) kahjustused, mis on tingitud ebakorrektsest diagnoosist;

¹⁵¹ C. Oldretz. Security insurance, patient insurance and pharmaceutical insurance in Sweden. The American Journal of Comparative Law 1986, p. 34

- 4) õnnetus-kahjustused;
- 5) infektsioonid.¹⁵²

Toome ka Soome näite. 1999. aastal võeti vastu Finnish Patient Injuries Act (jõustus mais 1999).¹⁵³ Soomes katab patsientide kindlustus patsientidel vigastused /kahjustused, mis tekivad seoses meditsiiniabiga. Need võivad olla haigus, vigastus või muu tervisekahjustus ning surm. Akti katte all on ka vere- või organidoonorid. Akti 2. sektsioonis fikseeritakse, et kindlustus katab vaid need kehalised kahjustused, mis tulenevad ravimisest ja mis vastavad ühele seitsmest kriteeriumist:

- 1) kahjustus, on tekkinud uurimisel või raviprotsessis;
- 2) meditsiiniaparatuurist tekkinud vigastus/kahjustus;
- 3) uurimisest või ravist tekkinud infektsioon;
- 4) õnnetusega seotud kahjustus;
- 5) tulekahjustused, põletused.
- 6) mittekorrektselt manustatud ravimid;
- 7) mittepõhjendatav kahjustus, mis on tekitatud uurimise või ravi käigus.

Kompensatsiooni saab taotleda kolme aasta jooksul. Patsientide kindlustus katab meditsiinilise ravi kulud, sissetuleku kaotuse, valu ja kannatused, funktsioonide permanentse kaotuse ja püsiva kosmeetilise kahjustuse.

1999. aastal sai Soome patsientide kindlustuskeskus (Finnish Patient Insurance Centre) 7215 taotlust. Välja maksti 77,7 miljonit Soome marka. Taotluste käsitlemisekulud olid 15,2 miljonit marka. Tuleb märkida, et tegemist on olulise summaga. Kohtusse jõudis 23 juhtumit.

4.5. Arsti vastutus Suurbritannias

Inglismaal, kus on *common law* süsteem, on arsti vastutus otseselt tulenev süü uurimisest. Seega on tegemist nn süülise süsteemiga. Suurbritannias on kasvav rahulolematuse haiglate

¹⁵² D. Brahams. The Swedish Medical Insurance Scheme: The way ahead for the United Kingdom. The Lancet. 1988, January 2/9

¹⁵³ R.Lahti. Towards a Comprehensive Legislation Covering the Rights of Patients: The Finnish Experience. In L.Westerhäll/C.H.Philips(Eds) Patient's Rights, Stockholm, 1994, lk 207-221

suhtes, kes pakuvad abi allpool meditsiinistandardeid. Kaebuste hulk on kasvamas. Eelnevaga seoses on valitsus ette pannud uue seaduse, mis kriminaliseerib meditsiinipersonali, kes on tõsiselt süüdi ja väärkohtlevad patsiente. Uus seadus tuli päevakorraile pärast seda kui ilmnemise sündmused Mid Staffordshire haiglas aastatel 2005–2009. Surnud oli 1200 patsienti väga halva, praktiliselt puuduva abi tõttu. Haiged olid jäetud palatisse sisuliselt ilma igasuguse abita.¹⁵⁴ Seega erinevalt teistest maadest karmistab Suurbritannia arstide karistusõiguslikku vastutust. 1995. a loodi National Health Service Litigation Authority (NHSLA), mis vastutab rahvusliku tervishoiu finantseerimise fondi (National Health Service Financial Fund) eest. NHSLA peamine eesmärk on tekitada side kahjustatud haige ja tervishoiuasutuse vahel, eesmärgiga lihtsustada võimaliku kahjustuse eest kompensatsiooni saamist. Erinevalt Rootsi ei ole Inglismaal tervishoiuasutuse kohustuslikku kindlustust. Samas on tervishoiuasutused ühinenud Clinical Negligence Scheme'i programmiga.

Süsteemi juhib täielikult NHSLA. Tervishoiuasutused saavad võtta kindlustuse kahjude katteks, mis võivad tekkida kliinilistest riskidest. Sarnaselt Rootsi süsteemile on kahju kompenseerimise protseduur jäetud administratiivpädevusele ja kaebusi käsitlevad spetsialistide paneelid. Paneel viib läbi uurimise koos meditsiiniõiguse ekspertidega. Tõendamisprotseduur erineb Skandinaaviamaades rakendatust. Kahjustatud pool peab tõendama ka arsti eksimust, põhjuslikku seost ja tekkinud kahju. Statistika näitab, et tsentraalse kompenseerimisstruktuuri loomine (NHSLA) on vähendanud kohtuasjade arvu. On näidatud, et 96% kompensatsiooni nõuetest on lahendatud kohtuväliselt.¹⁵⁵

4.6. Meditsiiniline vastutus Ida-Euroopa riikides

Meditsiiniigade tähtsus on kasvanud ka Ida-Euroopa juriidilistes süsteemides.¹⁵⁶ Erinevalt teistest Euroopa maadest on meditsiiniline vastutus Leedus seotud *ad hoc* regulatsiooniga.^{157/158} Leedus on olemas patsiendiõiguste seadus ja selles on sätestatud patsientide õigus saada kompensatsiooni oma tervise kahjustamise eest. Nii on patsient loetud

¹⁵⁴ J. Miola. The tort of negligence and patient safety. In J. Tingle, P. Bark, Law Policy and Practice. Abingdon Routledge 2011, lk 41–51

¹⁵⁵ K. Essinger 2008. Medical liability alternative ways to court procedures In European conference the ever growing challenge of medical liability: national and European responses

¹⁵⁶ P. Frazi, M. Guliano. Medical Responsibility in Eastern Europe: Czech Republic, Slovakia, Russia and Lithuania. Ed S.D. Ferrara. Malpractice and Medical Liability. European State of the Art and Guidelines. Springer-Verlag, Berlin. Heidelberg 2013

¹⁵⁷ T. Birmontiene 1996. Patient's right legislation in Lithuania. Eur J Health law 3(1) 85–94

¹⁵⁸ D. Ducinskiene, I. Vladickiene, R. Kalediene, I. Haapala 2006. Awareness and practice of patients rights law in Lithuania BMC. Int Health Human Rights 6:10, doi: 10.1186/1472-698X-6-10

nõrgemaks osapooleks, kellel on mitmed fundamentaalsed õigused, millest esimene on õigus tervisele. Leedus on nn süüline süsteem, mille kohaselt saadakse kahju kompensatsiooni, kui on tõendatud põhjuslik seos arsti käitumise ja patsiendi kannatuste vahel (kahjustus/surm). Administratiivseid protseduure (sarnaselt Rootsile) Leedus selles vallas ei eksisteeri. Patsientide kaebusi käsitletakse kohtutes, samas võivad eelneda kohtuvälised konsultatsioonid.

Erinevalt Leedust ei ole Bulgaarias, Tšehhis ja Slovakkias meditsiinilise vastutuse kohta spetsiifilisi regulatsioone. See kehtib ka Eesti kohta. Arstide vastutus on reguleeritud nii tsiviilseadustiku kui ka karistusseadusega. Haiglad vastutavad arstide sooritatud kahjustuste eest. Eeltoodud riikides on juriidilised süsteemid nn süül baseeruvad. Kompensatsioon mõistetakse kannatanule, kui on tõendatud arstlik viga, kannatanul on kahjustus ja on tõendatud põhjuslik seos meditsiinilise vea ja kahjustuse vahel. Patsientide kaebusi menetletakse kohtutes. Nimetatud maades ei ole spetsiifilisi administratiivseid kahju kompenseerimise protseduure.¹⁵⁹

Eeltoodud näited erinevatest maadest näitavad, et enamuses riikides ei ole spetsiifilist meditsiinvastutust puudutavat seadusandlust.

Meditsiiniline vastutus on seotud kahe peamise elemendi olemasoluga:

- 1) tunnustatud standarditele vastavus või mittevastavus – kui sedastatakse, et arst eksis / oli lohakas üldiselt aktsepteeritud standardite suhtes;
- 2) tõendamiskohustuse regulatsioon.

Euroopa erinevate maade juriidilistes süsteemides, mis reguleerivad meditsiinilist vastutust, toimub see kas karistusõiguse või lepinguseaduse alusel. Üldiselt on Euroopa juriidilistes süsteemides domineerimas lähenemine, mis määrab just patsiendi privilegieeritud positsiooni (kuna ta on tähistatud kui nõrgem positsioonis olia).

Tsiviilõiguses rakendub tõenäosusteooria. Küsimuses, kas on eksimus või mitte, on vastus: „pigem jah kui ei“. Kindlus on seega madalam. Vastupidi, karistusõiguses peab positiivne vastus olema formuleeritud „väljaspool õigustatud kahtlust“, seega on kindlus kõrgel tasemel.

On kaks erinevat süsteemi: kohtulikud süsteemid ja administratiivsed süsteemid. Kohtulik süsteem on juriidiline süsteem, milles patsientide kaebusi lahendatakse peamiselt kohtutes.

¹⁵⁹ K.Essinger 2008. Medical liability alternative ways to court procedures In European conference the ever growing challenge of medical liability: national and European responses

Enamus Euroopa süsteeme on kategoriseeritud kui kohtulikud süsteemid (*court systems*). Vähelevinud on administratiivsed protseduurid. Nii administratiivsed süsteemid kui ka juriidilised süsteemid lahendavad patsientide kaebusi administratiivsete protseduuride abil.

Administratiivsel süsteemil ei ole karistuslikku eesmärki. Nende fookus on eriti kannatanud patsiendile kompensatsiooni korraldamisel. Neid käsitletakse ka nn mittesüüliste süsteemidena.

Kui võrrelda Euroopa juriidilisi süsteeme, näeme, et enamuses maades ei ole spetsiifilist meditsiinilist vastutust puudutavat seadusandlust.

Tervishoiutöötajate suhtumine ja käitumine peab muutuma kartusest ja kaitsepositsioonil olekust avatuse ja õppimis/muutumisvalmiduse suunas. Kuidas sellist kultuuri tekitada? Inimeste suhtumist ja käitumist pole kerge muuta, vaja on nii seadusandlikku reformi kui ka õpetamist. Karistav regulatoorne mehhanism näib mitte aitavat. Süüliste vastutuse süsteeme kritiseeritakse nende võimetuse pärast ennetada eksimusi ja kahjustusi, nende potentsiaali pärast juhtida informatsioon kahjustustest ja eksimustest n-ö „põranda alla“, hirmu kujundamise pärast kohtuprotsesside ees.¹⁶⁰

Euroopa Liidu tasemel on tõstatud küsimus meditsiini vastutust puudutavate regulatsioonide harmoniseerimisest, seda eriti piiriülese arstide ja patsientide liikumise kasvuga seoses.¹⁶¹ Küsimus, Euroopa Liidu regulatsioonide harmoniseerimisest on jagatud kolme alakategooriasse:

- (a) Kas Euroopa Liidul oleks selleks piisavalt kompetentsust ?
- (b) Kas harmoniseerimine oleks teostatav?
- (c) Kas seda soovitakse ?

Esimesele küsimusele oleks vastus jaatav. Teostatavuse osas on ilmselt vaja lahendada palju probleeme, sest maadevahelised erinevused on märkimisväärsed. Olulised erinevused on meditsiiniigade tõenduse ja põhjuslikkuse aspektist, samuti tervishoiuteenuse osutaja vastutuse määratlemisel ja kompensatsioonide määramisel. Ja kolmas küsimus ootab poliitilist

¹⁶⁰ Keren-Paz T. Liability regimes, reputation loss and defensive medicine. *Med Law Rev.* 2010.18 (3): lk 363–388

¹⁶¹ E.Hondius. Comparative medical liability in Europe. (2001) *Festschrift für Hans Stoll*, lk 185 - 194

vastust. Kas haiglad ja arstid Eestis, Saksamaal, Inglismaal, Kreekas ja teistes maades soovivad, et nad vastutaks ühtedel ja samadel seadusandlikel alustel? Siin tuuakse erinevaid seisukohti. Siiski on enam kalduvust harmoniseerimise suunas, mis aga mõistagi ei tähista Euroopa Liidu meditsiinivastutuse regulatsioonide täielikku unifitseerimist.

Vaadeldes Eesti positsiooni teiste Euroopa riikide kõrval, näeme et nagu enamuses riikides on meil meditsiinivastutuses kasutusel süüline mudel karistusõigusliku ja tsiviilõigusliku vastutuse alusel. Nagu enamuses riikides, puudub Eestis spetsiifiline meditsiinivastutuse regulatsioon. Vaadeldes kohtukaasuste arvu, on see Eestis olnud äärmiselt väike. Ei ole usutav, et Eesti tervishoiusüsteem toimib praktiliselt ilma vigadeta (eriti võrreldes kõrgeltarenenud meditsiinitasemega riikidega). Ei tahaks nõustuda The Economist'is väljendatud mõttega, et eurooplased (erinevalt ameeriklastest) aktsepteerivad piiratud võimalust kaevata arste nende väärtgevuse pärast kohtusse, sest et neile on garanteeritud tervisekindlustus. See olevat osa sotsiaalsest lepingust – arstid aktsepteerivad madalamaid palku vastuseks limiteeritud vastutusele. Patsiendid aktsepteerivad, et ei saa kaevata arstide peale vastuseks garanteeritud juurdepääsule tervishoiuteenustele.¹⁶²

On võimalik, et jätkuvalt on Eestis tervishoiusüsteem nõ isereguleeriv/ise ennast kontrolliv, seda enam, et ka kvaliteedi eest vastutab konkreetne tervishoiuteenuse osutaja (riiklikku meditsiinikvaliteedi tagamise/kontrolli süsteemi pole, kuna regulatsioonid seda ette ei näe).¹⁶³

Selles olukorras on patsientidel raske oma probleemidega kohtusse pöörduda, aga veelgi keerulisem seal enese jaoks positiivset tulemust saada.

Ilmselt pole ka patsientide teadlikkus sedavõrd arenenud .et kahju korral kompensatsiooni nõuda.

Kuna enamuses maades meditsiinieksimustest tingitud kohtujuhtumid ja sellest tulenevalt ka kompensatsiooni väljamõistmised sagenevad, on mõisteta et Põhjamaade eeskujul on ka teistes riikides hakatud kaaluma mittesüülise arstide vastutuse mudeli rakendamist.

Muuseas, ka Rootsis ei muudetud senist seadusandlust, patsientide kahjukindlustus vaid lisandus. Üks aspekt, mis kindlasti vajab rõhutamist, on meditsiinitegevuse tekitatud tervisekahjustuse puhul patsiendi õigus saada kompensatsiooni. Seega, peaks

¹⁶² Malpractice and the social contract. The Economist 2010, Feb 9 th

¹⁶³ C.H. Shaw. Mission report: EHIF and quality of healthcare in Estonia. 2013

, April. Arvutivõrgus. Kättesaadav :

http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Mission_report_2013_final_27082013.pdf

meditsiinivastutuse süsteemis olema tasakaalustatud patsientide õigused ja arstide / tervishoiuteenuse osutaja vastutus .

Süülike ja mittesüülike süsteemi eesmärk on tegelikult sama – kompenseerida kahjustatud patsiendile tekkinud terviseprobleem ja sama oluline on vältida meditsiinis mittekvaliteetset ravi ehk kindlustada tervishoiu parim kvaliteet. Kasutatavad meetodid on aga erinevad, nagu käesolevas töös juba eelnevalt märgitud ,

Käesoleva töö autor on arvamisel, et just praegu on Eestis õige aeg kaaluda meditsiinivastutuse viimist tulevikus uuele-mittesüülikele alusele. Meil oleks kasutada juba selle süsteemi rakendanud riikide kogemus.

Kokkuvõte

Käesoleva töö autor seadis eesmärgiks leida vastus küsimusele, kas arsti vastutus Eestis vajab muutmist. Töö eesmärgist lähtuvalt käsitleti arsti karistusõiguslikku ja tsiviilõiguslikku vastutust Eestis ning toodi näited teiste riikide meditsiinivastutuse süsteemidest. Töö eesmärgid seati lähtudes paljudes maades kasvavast tähelepanust meditsiinieksimustele või kõrvalkalletele meditsiinitegevustes ning soovist arstide tegevuse kvaliteedi tõstmise läbi vigu vältida. Eestis on arstide vastutuse aluseks süüline süsteem – nii karistusõiguslik kui ka tsiviilõiguslik vastutus. Administratiivmehhanisme Eestis ei ole.

Õigussüsteemil on ühiskonnas kolm olulist funktsiooni. Ühelt poolt loob ta kannatanutele võimaluse olla ära kuulatud, teiselt poolt peavad kindlustajad olema valmis liigselt riskantseks käitumiseks. Samuti võimaldab ta kompensatsiooni õnnetuses tekkinud kahjustusele eest.

On oluline märkida, et enamasti on meditsiininevad ühepoolsed – selles tähenduses, et ainult arstid ja teised meditsiiniteenuse osutamisel osalevad isikud saavad neid vältida, mitte haiged.

Tervishoiuteenuse osutaja (ka arst) vastutab kõrvalkallete eest oma tegevuses. Tema vastutus võib olla nii karistusõiguslik kui ka tsiviilõiguslik. Karistusõiguslikku vastutust tuleb enamasti ette karistusseadustiku §-des 117 ja 119 sätestatud koosseisude puhul.

Karistusseadustiku § 117 lõike 1 alusel karistatakse teise inimese surma põhjustamise eest ettevaatamatusest kuni kolmeaastase vangistusega. Kui aga sama teoga on põhjustatud kahe või enama inimese surm, karistatakse vastavalt sama paragrahvi 2. lõikele süüdlast kuni viieaastase vangistusega. Karistusseadustiku § 119 lõige 1 näeb raske tervisekahjustuse tekitamise eest ettevaatamatusest rahalise karistuse või kuni üheaastase vangistuse. Kui teoga on tekitatud raske tervisekahjustus kahele või enamale inimesel, näeb sama paragrahvi 2. lõige ette kuni kolmeaastase vanglakaristuse.

Ettevaatamatuse eest saab karistada isikut ainult siis, kui tal ei ole süüteokoosseisule vastavate asjaolude suhtes tahtlust ja eriosas on ette nähtud vastutus vastava kuriteo toimepanemise eest. Tervishoiutöötaja vastutus võib tuleneda nii tegevusega toimepandud kui ka tegevusetusega toimepandud ettevaatamatusdeliktist.

Maa- ja ringkonnakohtud on teinud väga vähe lahendeid meditsiiniliste juhtumite kriminaalasjades. Süüdistuste sisuks on valdavalt tegevusetusest toimepandud ettevaatamatusdeliktid. Seega oodatakse arstilt teatud hetkel kindlal viisil tegutsemist. Kui

arst eksib ja ei tegutse, võib teda oodata karistusõiguslik vastutus. Karistusõigusliku vastutuse roll on kõikjal langustendentsiga, seda isegi USA-s.

Toetatakse seisukohta, et kriminaalvastutus peaks kehtima vaid raske tahtliku ja hoolimatu tegevuse korral. Kriminaalvastutus peaks puudutama pigem neid, kes ei tegutse, kui neid, kes püüavad aidata, aga eksivad. Samas on rõhutatud, et meditsiiniprofessionaalid ei peaks saama nn „vaba pääset“ kriminaalvastutusest eksimuste eest, mida nad haigete ravimisel teevad. Siiski peetakse rõhuvas enamuses meditsiiniliste eksimuste korral karistusõigusliku vastutuse rakendamist ülemääraseks ja ka ebaefektiivseks. Käesoleva töö autor on arvamusel, et Eestis arsti vastutuse osas karistusõiguslik süsteem ei tööta, sest kirjeldatud juhtumeid on üksikuid. Arvestades rahvusvahelist kogemust ei peakski karistusõigus olema arstide vastutuses juhtivaks.

Kindlasti tuleb nõustuda J. Sootaki poolt märgituga, et karistusõigus sekkub ainult siis ja ainult sel määral, mis on vajalik kõige olulisemate õigushüvede kaitseks kõige raskemate rikkumiste eest. Karistusnormid ei õpeta inimest käituma. Karistusõigus reageerib õigushüve kahjustusele tagantjärele ja teeb seda põhjusel, et teiste õigusharude regulatiivne toime on ebapiisav – normi rikkumine on sedavõrd ränk, et normi stabiliseerimiseks ja normi kinnitamiseks on vaja kõige karmimaid sanktsioone.

Eelistatud meditsiinilise vastutuse võimalus on tsiviilvastutus, kuigi ka see pole ideaalne. Tsiviilvastutuse alusel on kahjukannatajal võimalus saada kompensatsiooni ning see annab ka tervishoiuteenuse osutajale võimaluse muuta käitumist ilma mittevajaliku karistuseta.

Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik vastutus võib olla lepinguline või deliktiline vastutus. Lepingu rikkumise korral on vastutuse aluseks lepingust tuleneva kohustuse rikkumine. Deliktilise vastutuse korral on vastutuse aluseks õigushüve rikkumine (näiteks vabadus, tervis, omand jms). Lepingulise kahju hüvitamise nõude korral peab patsient tõendama tervishoiuteenuse osutaja kohustuste rikkumist, süüd, kahju tekkimist ja põhjuslikku seost rikkumise ja kahju vahel. Deliktilise vastutuse korral peab patsient tõendama õigushüve rikkumist, kahju tekkimist ja põhjuslikku seost rikkumise ja kahju tekkimise vahel. Deliktiõiguses eeldatakse rikkuja süüd.

Kohtupraktikas oli deliktiõiguse sätete kohaldamine pigem erandlik – enamasti kohaldati lepingulist vastutust.

Võlaõigusseaduse § 770 sätestab tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse. Tsiviilmenetlusi on Eestis samuti suhteliselt vähe. Patsientidel on tsiviilmenetluses tervishoiuteenuse osutaja lepingurikkumist raske tõendada.

Vaadeldes tervishoiuteenuse osutaja vastutust Eestis, näeme, et kaebuste esitamine on üsna harv. Kas Eesti meditsiinis, erinevalt teistest maadest, on kõik sedavõrd korras, et pole vajadust rääkida eksimustest, vigadest? Rahvusvahelisi andmeid vaadates on see vähetõenäoline. Samas ei tahaks nõustuda The Economist'is väljendatud mõttega, et eurooplased (erinevalt ameeriklastest) aktsepteerivad piiratud võimalust kaevata arste nende väärtgevuse pärast kohtusse, sest et neile on garanteeritud tervisekindlustus. See olevat osa sotsiaalsest lepingust – arstid aktsepteerivad madalamaid palku vastuseks limiteeritud vastutusele. Patsiendid aktsepteerivad, et ei saa kaevata arstide peale vastuseks garanteeritud juurdepääsule tervishoiuteenustele.

Töö autor näeb ühte võimalikku probleemi meditsiinivastutuses Eestis toimiva süüalise süsteemi mõjus: patsientidel on raske arsti/tervishoiutöötaja süüd tõendada, kogu protsess on pikk ja stressirohke, isegi positiivse lahenduse korral on kompensatsioonid väikesed. Samas vaadates tervishoiuteenuse osutaja poolelt, võib süüline süsteem soodustada eksimuste/vigade varjamist ja tegelikult ei motiveeri vigade põhjuste otsimist ning seega ka meditsiinkvaliteedi parandamist. Nagu töös kirjeldatud, toimib mittesüüalise meditsiinivastutuse mudel mitmetes maades: Rootsis, Soomes, Uus-Meremaal, Kanadas, Austraalias. Süsteem lubab patsiendil saada kahjustuse eest kompensatsiooni ilma arsti konkreetse süü tõendamiseta, küll aga peab olema näidatud põhjuslik seos tehtud ravi ja tekkinud kahjustuse vahel. Kuigi mittesüüalised süsteemid erinevad riigiti, on peamiseks ideeks elimineerida kompenseerimissüsteemist vea/süü otsimine.

Käesolev töö üheks eesmärgiks oli otsida vastust küsimusele, kas arstide vastutuse regulatsioonid Eestis vajavad muutmist. Üks võimalus on jätkata endistviisi. Enamuses riikides on arstide vastutus reguleeritud üldistest tsiviil-, karistus- või administratiivvastutuse printsiipidest lähtuvalt. Seega pole Eesti erand, küll puuduvad meil administratiivmehhanismid. Samuti sarnaselt Eestile pole enamuses maades spetsiifilist seadusandlust meditsiinilise vastutuse aspektist.

Käesoleva töö autor näeb siiski probleemi tegelike meditsiiniliste eksimuste peitujäämises, mida kaudselt tõestab ka nii kriminaal- kui ka tsiviilkohtujuhtude ülimalt tagasihoidlik arv. Patsientidel on raske tõendada arsti süüd, isegi kui see tõesti olemas on. A. Nõmper on väga õigesti märkinud, et kehtiv süsteem ei aita kuidagi kaasa ravikvaliteedi parandamisele, sest

see on keskendunud süüdlase otsimisele. Eestis pole vigadest raporteerimise süsteemi ja seepärast pole ka võimalik vigadest õppida.

Seega peab käesoleva töö autor vastuseks oma töö alghüpoteesile- arsti vastutus Eestis vajab muutusi– selget jaatamist.

Otstarbekas oleks kaaluda üleminekut mittesüülisele meditsiinivastutuse süsteemile. Samas tuleb kaaluda erinevate süsteemide plusse ja miinuseid. On rõhutatud, et iga riik peab kaaluma, missugune süsteem on konkreetsele riigile kõige sobivam, seega missugune süsteem on Eestile sobivaim. Peame arvestama olemasolevat õigussüsteemi, sotsiaalkindlustust ja tervishoiusüsteemi. Arsti vastustus on väga tihedalt seotud toimiva tervishoiusüsteemiga.

Süülist vastutussüsteemi saab kritiseerida ebaefektiivsuse pärast kahjustuste kompenseerimisel – protseduurid on aegavõtvad ja kallid, kannatanutel on keerukas tulemusteni jõuda. Arstid ja meditsiiniteenuse teised osutajad võivad kujundada nn ennakkaitsealise meditsiini. Alahinnata ei saa ka süüdistatavate arstide jt psühholoogilist muserdamist, mis omakorda ravitegevuse kvaliteeti ei paranda.

Mittesüüline süsteem lühendab protseduure ja kompenseerib kannatanule kahju ilma, et tervishoiuteenuse osutajale süüdistust esitataks. Aga ka sellel süsteemil on omad nõrgad küljed. Ei ole selge, kuidas välditakse mittestandardset tegevust meditsiinis. Kindlasti tuleb arvestada märkimisväärsete finantsressursside olemasoluga. Siiski, võttes kahe eelmärgitud süsteemi plussid ja miinused arvesse kaldub käesoleva töö autor mittesüülise arstide vastutussüsteemi toetamise suunas. Selline süsteem panustaks oluliselt enam meditsiini kvaliteeti ja tasakaalustaks paremini patsiendi õigused ja arsti/tervishoiuteenuse osutaja vastutuse. Mittesüüline süsteem lähtub meditsiinivigade/eksimuste süsteemsest olemusest ja ei sea peamiseks eesmärgiks mitte karistamist, vaid süsteemi parandamist. Just selline peaks olema nii arstide kui ka patsientide soov.

Criminal and civil liability of medical doctor in Estonia.

Are changes needed?

Summary

The purpose of the current work was to study the criminal and civil liability of medical doctors in Estonia and to evaluate if changes are needed.

The work has been initiated from the increased attention to the medical malpractice worldwide. The exponential increase in cases of both medical malpractice and cross-border mobility of health professionals and patients represents a suitable reason to explore the field of medical responsibility. The quality of the physician's performance and the patient figure, perceived as an autonomous center of rights, has progressively involved public opinion and attention.

In Estonia the system of the liability of the medical doctors can be termed as the tort litigation system or the fault-based system. The physician's responsibility for misconduct/mistake is regulated on the bases of the general principles of the criminal and civil law. There are no administrative procedures for the medical liability in Estonia.

Medical injuries can generally be taken to be unilateral accidents. The patient is usually unable to influence expected harm from the medical injury. The criminal liability of physicians in Estonia is regulated by the Penal Code. Sections 117 and 119 of the Penal Code are not specific for the medical malpractice. However, they serve as a bases for the criminal responsibility of the health service provider and medical doctor. The number of criminal cases in Estonia is extremely low. In the cases judges have been somewhat scathing about the degree of negligent practice shown by the accused, but have concludes that in these specific circumstances of the case the mere fact of the negligence with a dreadful outcome does not amount to criminal negligence. The courts seem to reserve criminal negligence in the context of the provision health services for only the gravest cases.

The criminal law is an important regulatory tool to employ against health professionals who grossly deviate from safe practice but not when a negligent act, however tragic in its outcome, is one to which all humans, especially working in complex systems are prone. The limited numbers of cases and the very small conviction rate indicate, that, at present anyway, those responsible for administering the criminal system in Estonia see that the criminal law should

have limited application in this area. The author highly agrees with J.Sootak's comments concerning the criminal responsibility to be applied in the most severe negligence cases only.

There is no clearly definable point at which a health care provider's negligence results in criminal culpability. To cross the line from civil to criminal negligence, there must be a gross or flagrant deviation from the standard of care. In addition, the health care provider must also have a criminally culpable mind.

A health care provider charged with criminal medical negligence does not necessarily cause intentional harm. Instead, a negligence state of mind involves a situation in which the provider should have been aware of a substantial and unjustifiable risk but was not.

However, health care professionals should not be given a free pass from criminal liability for mistakes made in their treatment of patients.

Still applying the criminal legal system to medical negligence is an excessive and ineffective endeavor because it fails to consider the importance of determining an objective standard of care and because it does not truly achieve the goals of criminal punishment. Accordingly, health care providers should only face criminal prosecution when their conduct rises to the level of recklessness. The preferable option is for actions of medical negligence to remain strictly a matter of civil liability. Civil liability for medical negligence is itself not a perfect system, but it provides redresses for civil wrongs that have been committed. A civil claim for medical negligence provides the plaintiff patient with the opportunity to receive compensation for injuries, and it gives the health care provider a chance to reform the conduct.

The Law of Obligations Act(LOA) regulates the health care provider's civil liability, which may arise in the course of providing health care. The liability of the health care provider can arise from a contract or can be delictual.

Contract for provision of health care services:

By a contract for the provision of health care services, one person (the provider of health care services) undertakes, in his professional activities, to provide health care services to another person (patient), particularly by examining the patient in the interests of his or her health and observing the rules of medicine, by consulting and treating the patient or offering obstetrical care to the patient, and by informing the patient of his or her state of health and the progress and results of his or her treatment. The health care provider has duty to inform the patient and obtain his or her informed consent. Looking for the numbers of the criminal and civil

prosecutions against physicians and health care providers, these are extremely low compared to other countries. Can we consider that in Estonian Health care medical malpractice does not exist? It is very hard to believe.

At the same time the author cannot agree with the comment from The Economist: “Part of the reason why Europeans accept restrictions on their ability to sue doctors for malpractice is that they have guaranteed health insurance. It’s part of the social contract: doctors accept limited salaries in exchange for limited liability; patients accept that they cannot sue doctors in exchange for a guarantee of access to decent health care.”

The author of the current work is considering the influence of the fault-based system of medical liability, where the doctors are not motivated to disclose their mistakes.

We have been presenting earlier that no-fault system is adopted by many OECD countries- notably, Sweden, Finland, New Zealand, Quebec Canada, and Australia. The system allows patients to be compensated without proof of provider’s fault or negligence. The deterrence objective is defined differently in the system. Thus, instead of deterring physicians from substandard care, the system encourages them to collaborate with the system in detecting what caused the injuries. Although the application of no-fault system differs slightly in each country, the basic idea is to eliminate fault or blame from the system of compensation, to increase the fairness by making the claim process simple so patients with meritorious cases could access the system easily and be awarded for compensable injuries occurred during the medical treatment.

Both, tort litigation and no-fault systems share the same goal: compensate victims of injuries and deter substandard care, but apply different methods to increase effectiveness, and fairness of the system in compensating victims and deterring substandard medical care.

One of the aims of the current work was to evaluate whether the the system of medical liability in Estonia needs to be changed.

One opportunity is not to change anything. A comparative overview of the European juridical systems demonstrates that in the majority of countries like in Estonia a specific legislation concerning the issue of medical liability does not exist. The physician’s misconduct/mistake is regulated on the bases of the general principles of the civil, penal and in some cases administrative responsibilities. In Estonia administrative mechanisms are lacking. We have to confirm that like in Estonia, most European malpractice juridical systems belong to the fault-based model.

In Estonia very small number of court cases on medical malpractice have been observed.

Under the tort litigation, compensation is payable when the negligence is proven. Negligence is determined when the patient proves that the care/treatment has not met the standard of skill and care defined under the laws of medical malpractice. For patients to prove the malpractice is very complicated. A. Nõmper has been stressing that Estonian current medical liability system is focusing mainly on searching the proof of negligence of the health care provider. Thus this system is not helping to improve the quality of the health care. Health care providers do not disclose their malpractice events.

The author of the current work considers important to evaluate the opportunity to change the medical malpractice juridical system in Estonia from the fault-system to the no-fault model.

The main features of the no-fault systems are the reduction of complications in the ascertainment of the physician's fault (simplifying the burden of proof) and generalization of the clinical risk, through a healthcare vision. The patient will not have to demonstrate the physician's fault, but only to obtain the proof that damage derives from the physician's performance. The no-fault systems are usually joined with insurance coverage, aimed at indemnification in order to avoid lawsuits.

The adoption of one system rather than the other depends on a strategic and financial choice of how we want to face the issue of medical malpractice. In fact, the institution of a no-fault compensation system requires adequate financial resources.

The no-fault systems avoid focusing specifically on human errors. The clinical error is a consequence of the health system. The error is not identified in a single health professional, but in the whole system. No-fault based models would surely be desirable since they would contribute to the preservation of quality within the health service. We should not also underestimate the psychological damage connected to the trial suffered by the physicians both in the mid and long-term period. The no-fault based systems provide for an approach inspired by the systemic nature of the medical error, without pursuing punishment.

The no-fault models also contribute to decreasing the risk of the affirmation of a defensive medicine approach, which surely appears as an inadequate remedy to protect patient care and health.

For the adoption of the new medical liability system it would be important to evaluate which system fits better for Estonian needs taking into consideration current juridical, social

insurance and health care system. Once we are aware of the inherent dangers involved in the physician's performance and the related risk of error (even occasional) within hospitals, we should ask ourselves whether it is more convenient, in the issue of medical responsibility, to play a card of the no-fault or fault-based models.

The author of the current work is in favour of the change of medical liability system from the fault-based toward the no-fault based model.

Kasutatud kirjandus

1. **Birmontiene, T.** 1996. Patient's right legislation in Lithuania. Eur J Health law 3(1) 85-94
2. **Bismark, M.M. , B.A.Troyen, B.A. , Peter, B.D. , Stuffert. D.M.** 2006 Claiming behaviour in no fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non claimants Med. J Aust. 185: 203-207
3. **Brahams, D.** The Swedish Medical Insurance Scheme: The way ahead for the United Kingdom. The Lancet . 1988. January 2/9
4. **Cook, A.** (2010) Criminal Medicine : when Malpractice Turns to Manslaughter. Arvutivõrgus: <http://crime.suite101.com/article.cfm/criminal-medicine>
5. Council of Europe Recommendation Rec (2006) 7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care- Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting the Minister's Deputies. Arvutivõrgus. kättesaadav: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>
6. **Dekker, S.** (2007) Discontinuity and Disaster: Gaps and the Negotiation of Culpability on Medication Delivery. J.L.Med.Ethics 463
7. **Ducinskiene, D. , Vladickiene, I., Kalediene, R. , Haapala, I.** 2006 awareness and practice of patients rights law in Lithuania BMC Int Health Human Rights 6:10, doi: 10.1186/1472-698X-6-10
8. Ending of Confusion: Economic, Non-economic and Punitive Damages, Health Coalition on Liability and Access, <http://www.hcla.org/factsheets/2003-23-Damages.pdf>
9. **Essing, K.** 2008 Medical liability alternative ways to court procedures: In European conference the evergrowing challenge of medical liability: national and European responses
10. **Ferrara, S.D. , Viel, G. Boscolo , Berto , R.** Present and future perspective for medical malpractice responsibility and liability. S.D. Ferrara, Ced Malpractice and Medical Liability Springer Berlin Heidelberg, 2013, lk 3-10
11. **Frazi, P. Guliano, M.** Medical Responsibility in Eastern Europe: Czech Republic, Slovakia, Russia and Lithuania. Ed S.D. Ferrara. Malpractice and Medical Liability. European State of the Art and Guidelines. Springer-Verlag Berlin. Heidelberg 2013
12. **Fratil, P. , Gulino, M.** European Legislative and Juridical Overview. **Ferrara, ed S.D.** Malpractice and Medical Liability. European State of the Art and Guidelines. Springer Berlin Heidelberg 2013, lk 74-75
13. Grossen, J.M. , Guillod, O. 1983 Medical malpractice law: American influence in Europe? Boston Coll Int Comp Law Rev ,6,1, lk 49-60

14. **Hart HLA** (1961) Negligence, **Rea, M.** and Criminal Responsibility. In A.G.Gust.ed.,Oxford Essays in Jurisprudence: A Collaborative Work. London : Oxford University Press at 29
15. **Hoffmann, D.E.** Physicians who break the law (2009) lk 1083-1084
16. **Hondius, E.**Comparative medical liability in Europe.(2001) Festschrift für Hans Stoll, lk 185 - 194
17. **Hurwitz, B.** (1995) Clinical guidelines and the law: advice , guidance or regulation? J.Eval Clin.Pract.1 (1) lk 49-60
18. **Keren-Paz, T.** Liability regimes, reputation loss and defensive medicine.Med Law Rev. 2010.18 (3): p. 363-388
19. **Kohn, L.T. ,Corrigan, J.M. ,Donaldson, M.S.** To err is human building a safer health system.Washington National Academy Press;1999 .Arvutivõrgus.Kättesaadav: <http://www.hapedu/catalog.php?record:id=9728#toc->
20. **Käerdi, M.** TsÜS §132 lg 1, komm. Nr. 3.3.1, 3.3.2 (a)P.Varul jt. Tsiviilseadustiku üldosa seadus,kommenteeritud väljaanne Tallinn.Juura.2010
21. **Käerdi, M. ,Tampuu, T.** VÕS § 768 komm 1
22. **Käerdi, M. ,Tampuu, T.** VÕS §1044, komm p3.2.1
23. **Käerdi, M. ,Tampuu, T.** VÕS § 1045, komm p 3.3.2
24. **Lahti, R.**Towards a Comprehensive Legislation Covering the Rights of Patients:The Finnish Experience. In **Westerhäll, L. , Philips, C.H.**(Eds)Patient's Rights,Stockholm,1994, lk 207-221
25. **Lillsaar, M. , Sedman, M.** Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Kohtupraktika analüüs . Riigikohus õigusteabe osakond. Tartu 2012
26. **Mason, J.K. , McCall, R.A.** Õigus ja meditsiinieetika Juura. 1996, lk. 104
27. **McDonald, F.** (2008) The criminalisation of medical mistakes in Canada: a review. Health law Journal, 16, p 4
28. Meditsiiniõiguse ekspert: Eesti praegune kutsalase vastutuse süsteem on keskendunud süüdlase otsimisele. Eesti Arst 2013;92(10) lk. 549-551
29. **Merry, A. , McCall, A.** (2001) Errors, Medicine and the law. Cambridge: Cambridge University Press
30. **Miola, J.** The tort of negligence and patient safety . In J.Tingle , P.Bark Law Policy and Practice. 2011. Abingdon Routledge, pp. 41-51
31. **Niitra, N.** Haiglad eelistavad valuraha vaikselt maksta.Arvutivõrgus kättesaadav : http://www.tarbija24.ee/770462/haiglad-eelistavad_valuraha_vaikselt_maksta/ (05.04.2012)

32. **Nõmper, A.** Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst (2012), 91 (7), lk. 376-378
33. **Nõmper, A.** Lisandusi Riigikohtu lahendile 3-1-1-79-10. Juridica II 2011, lk 163
34. **Nõmper, A.** Stigma abordi kaasus, Juridica VII/200, lk 435-450
35. **Nõmper, A. , Sootak, J.** Vastutuse võimalikud liigid ja aktuaalsus. Meditsiiniõigus. 2007
36. **Nõmper, A.** Arsti vastutus I, Eesti Arst 2002, 81 (1), lk 43-48
37. **Nõmper, A.** VÕS § 758, komm. P. 2.2
38. **Nõmper, A.** VÕS §758, komm p 3.1
39. **Nõmper, A.** VÕS §770, komm. p3.1
40. **Nõmper, A.** VÕS§ 776, komm. p3.4
41. **Oldretz, C.** Security insurance, patient insurance and pharmaceutical insurance in Sweden. The American Journal of Comparative Law 1986, p 34
42. **Pukk-Härnstaam, K. , ASK, J. , Brommels, M. , Thor, J. , Penaloza, R.V. , Gaffney, F.A.** (2008) analysis of 23 364 patient-generated, physician- reviewed malpractice claims from a non-tort, blame free, national patient insurance system: lessons learned from Sweden. Qual Saf Health Care 17(4): 259-263. Loi: 10.1136/pgmj.2008.070326
43. **Pullerits, P.** Võitlus dopingu vastu jääb Eestis hambutuks. Postimees 2014, 25.03
44. **Quick, O.** (2006) Prosecuting Gross Medical Negligence: Manslaughter, Discretion and the Crown Prosecution Service. J. Law Soc 33:3.421
45. **Sharpe, V.** (2004) Taking Responsibility for Medical Mistake. **Rubin, S. : Zoloth, L.** eds Margin of Error: The Ethics of Mistake in the Practice of Medicine. Hagerstown Md. University Publishing Group. lk 183-192
46. **Shaw, C.H.** Mission report: EHIF and quality of healthcare in Estonia. 2013
 , April. Arvutivõrgus. Kättesaadav :
http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Mission_report_2013_final_27082013.pdf
47. **Sootak, J.** Karistusõigus. Üldosa. Kirjastus Juura 2010, lk 517
48. **Sootak, J. , Pikamäe P.** Karistusseadustik. Kommenteeritud väljaanne. Kirjastus Juura, 2009, § 18; komm 16.1
49. **Spier, J. (ed)** Unification of Tort Law: Causation. Kluwer Law International 2000., The Hague, Netherlands
50. **Sõritsa, D.** Tervishoiuteenuse osutaja deliktiõiguslik vastutus. Magistritöö. Tartu 2012, lk 13
51. **Tampuu, T.** Lepinguväliste võlasuhete õigus. Juura 2007, lk 116-117
52. **Tampuu, T.** Lepinguväliste võlgasuhetest õigus. Juura 2007. lk 163

53. **Wallis, K.** Developing a culture of safety: regulation or education? PhD dissertation. University of Otago, Dunedin, 2013
54. **Wood, D.B.** Case Against Michael Jackson's Doctor Centers on Gross Negligence. The Christian Science Monitor, Feb. 8, 2010. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.csmonitor.com/USA/Society/2010/0208/case-against-Michael-Jackson-s-doctor-centers-on-gross-negligence>
55. **Vutt, M.** Lähedase isiku surma põhjustamisega tekitatud mittevõralse kahju hüvitamine. Tartu 2012

Kasutatud normatiivaktid

56. Põhiseadus- RT 1992,26,349...RT I ,27.04.2011,2
57. Töölepingu seadus- RT I 2009, 5, 35, RT I, 10.02.2012,1 §72-78
58. Võlaõigusseadus III kommenteeritud väljaanne, §770, komm. Kirjastus Juura, 2009
59. TTKS RTI 2001,50, 284...RTI, 10.03.2011

Kasutatud kohtupraktika

60. Narva Linnakohtu 30.jaanuari 2004. a otsus kriminaalasjas nr 1-38/04
61. Harju Maakohtu 3.novembri 2006. a otsus tsiviilasjas nr. 2-03-817
62. Harju maakohtu 26.jaanuari 2007. a otsus kriminaalasjas 1-06-4949
63. Viru Maakohtu 18.juuni 2007. a otsus tsiviilasjas nr. 2-05-3766
64. Harju Maakohtu 10.juuni 2009. a otsus tsiviilasjas nr. 2-07-28689
65. Harju Maakohtu 15.Veebruari 2010. a otsus tsiviilasjas nr. 2-09-15036
66. Harju Maakohtu 3.märtsi 2010. a otsus tsiviilasjas nr. 2-09-1960
67. Tartu Maakohtu 8. Märtsi 2010. a otsus tsiviilasjas nr. 2-08-54-082
68. Tallinna Ringkonnakohtu 18.mai 2007. a otsus kriminaalasjas 1-06-4949
69. Tallinna Ringkonnakohtu 18.juuni.2010. a otsus tsiviilasjas nr. 2-09-1960
70. Riigikohtu kriminaalkolleegiumi 29.juuni.2006. a otsus kohtuasas nr. 3-1-1-46-06
71. Riigikohtu kriminaalkolleegiumi 20.novembri.2010. a otsus kriminaalasjas nr 3-1-1-79-10
72. Riigikohtu kriminaalkolleegiumi 29.novembri 2010. a otsus kriminaalasjas nr. 3-1-1-79-10
73. Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 08.aprilli.2011. a otsus kohtuasjas nr. 3-2-1-171-10
74. Riigikohtu tsiviilkolleegiumi 20.aprilli.2011. a otsus kohtuasjas nr. 3-2-1-19-11

Kasutatud muu materjal

75. Eurobarometer special (2006) 241/64.1 and 64.3 TNS: opinion and social. European commission medical errors
76. Medical dictionary- arvutivõrgus:
<http://medical.dictionary.thefreedictionary.com/misdiagnosis> (02.05.2012)
77. WHO Quality of care: patient safety. Report by Secretariat.55 World Health Assembly A55/13, Provisional agenda item 13.9; 23 March 2002 Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf
78. Ida-Viru keskhaigla ja maolõikuse ohvrid vaidlevad raha üle. Arvutivõrgus.Kättesaadav: <http://www.epl.ee/news/eesti/ida-viru-keskhaigla-ja-maoloikuste-ohvrid-vaidlevad-raha-ule.d?id=66039292> (27.02.2015)
79. Malpractice and the social contract .The Economist 2010, Feb 9 th

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina,

Egert Everaus

(autori nimi)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Magistritöö Arsti karistusõiguslik ja tsiviilõiguslik vastutus Eestis – kas on vaja muutusi?

(lõputöö pealkiri)

mille juhendajad on Ants Nõmper ja Jaan Sootak

(juhendaja nimi)

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 04.05.2015